



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
SANTARÉM



SATISFAÇÃO DOS UTENTES
ATENDIDOS PELOS
ENFERMEIROS DA LINHA SAÚDE PÚBLICA - DGS

Marta Rosa nº 130431002

Santarém
setembro
2017



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
SANTARÉM



6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

SATISFAÇÃO DOS UTENTES
ATENDIDOS PELOS
ENFERMEIROS DA LINHA SAÚDE PÚBLICA - DGS

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do título Mestre em Enfermagem
Comunitária

Estudante

Marta Rosa nº 130431002

Professora Orientadora

Irene Santos

Professor coorientador

José Amendoeira

Santarém

setembro

2017

“A enfermagem tem diante de si um futuro promissor, pois os limites das suas possibilidades são menos restritos que os dos outros profissionais de saúde. Sendo assim, quando os outros profissionais já esgotaram a sua capacidade de atuação, nós enfermeiros podemos sempre fazer mais alguma coisa, para o bem-estar do utente/ família, quanto mais não seja pegar na mão e dizer ‘eu estou aqui’ ”

Hesbeen

A todos aqueles que de alguma forma estiveram
e estão próximos de mim, fazendo esta vida
valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

O presente relatório resulta de um percurso sustentado por vários pilares ao longo do mesmo, sendo por isso fundamental agradecer a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a sua concretização:

Aos professores Irene Santos e José Amendoeira, pela forma entusiasta como me fizeram apreciar o caminho da enfermagem comunitária.

Aos senhores enfermeiros Sergio Gomes e Pedro Branco pela disponibilidade e apoio que sempre demonstraram, criando as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades planeadas.

Aos enfermeiros da Linha de Saúde Pública pelo apoio, carinho e incentivo para a concretização deste trabalho.

Aos utentes da Linha de Saúde Pública um obrigada especial enquanto parceiros desta caminhada, pois sem a sua disponibilidade nada teria sido possível realizar.

À colega e amiga Celeste Godinho, pela força e disponibilidade de partilha desde o início da descoberta deste percurso.

Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CMEC – Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

CPLEEC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária

DGS - Direção-Geral da Saúde;

EEEC – Enfermeiro Especialista Enfermagem comunitária

ICD – Instrumento de Colheita de dados

LSP- Linha de Saúde Pública

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

RESUMO

O presente trabalho consiste num relatório crítico e reflexivo tradutor das atividades desenvolvidas ao longo da formação pós-graduada em Enfermagem Comunitária em contexto da Linha de Saúde Pública da Direção Geral da Saúde.

A Enfermagem Comunitária implica uma diversidade de áreas de intervenção pelo que, o Enfermeiro com esta especialidade, deve estar capacitado para intervir em qualquer problema de saúde identificado na comunidade, grupo ou pessoa refletindo o desenvolvimento e a aquisição de competências no cuidado em enfermagem avançada.

Após a realização do diagnóstico de enfermagem, desenvolvido no Estágio I, aos enfermeiros da LSP de onde emergiu a necessidade/ problema de avaliar a satisfação dos utentes com o serviço prestado, analisamo-la numa perspetiva de intervenção como indicador de avaliação da qualidade enquanto preocupação atual e crescente no contexto da prestação de cuidados de saúde. Procuramos a partir daqui perceber a satisfação dos utentes da LSP, segundo entrevista telefónica com recurso a ICD da DGS. Com a análise dos dados daqui resultantes que evidenciam globalmente a satisfação com o serviço prestado pelos enfermeiros da LSP, surge a sugestão da necessidade de divulgação deste serviço à população em geral.

Neste sentido, orientámos o 2º Estágio para esta última área, e perante a necessidade identificada por parte dos utentes da LSP de divulgação do serviço, com base nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e especificamente as competências G2. “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” e G2.3. “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”, propusemos perceber que estratégias promovem a procura de informação pelas comunidades e que instrumentos se adequam à disseminação de informação deste tipo de serviço inovador, com recurso à revisão sistemática da literatura. A partir desta desenvolvemos um programa de intervenção para com os enfermeiros da LSP perspetivando estratégias de divulgação fundamentadas numa prática baseada na evidência, contextualizado no modelo de decisão e inovação.

No desenvolvimento do nosso percurso de mestrado, refletimos sobre a dimensão da satisfação, que analisámos à luz da política de qualidade proposta pela DGS, enquanto matriz orientadora de uma análise crítica, da qual emergiram algumas sugestões estratégicas e

inovadoras. Neste relatório refletimos ainda os principais contributos inerentes ao percurso realizado no sentido do desenvolvimento de competências especializadas.

ABSTRACT

The present work consists in a critical and reflective report that translates the activities developed along the postgraduate training in Community Nursing in context of the public health line (PHL) of the General Direction of Health (GDH).

Community Nursing implies a diversity of areas of intervention, the Nurse with this specialty, must be able to intervene in any health problem identified in the community group or person reflecting the development and acquisition of advanced nursing care skills.

After the completion of nursing diagnosis, developed in Internship I, the nurses of PHL where emerged the need/problem to assess users ' satisfaction with the service provided, we analysed it in a perspective of intervention as an indicator for assessing the quality as a current and growing concern in the context of the delivery of health care. We tried from here to realize the satisfaction of users of the PHL, according to a telephone interview using DCI of the GDH. With the analysis of the resulting data that show overall satisfaction with the service provided by the nurses of the PHL, outcomes suggestion of the need for dissemination of this service to the public in general.

In this sense, we oriented the 2nd Internship to this last area, and to the need identified by the users of the PHL service disclosure, based on the skills of nurses and nurse specialist skills specifically G2. "It contributes to the process of empowerment of groups and communities" and G2.3 "To manage health information to groups and community", we aimed to understand what strategies promote the demand for information by communities and which instruments are suited for dissemination of information of this kind of innovative service, using the review systematic literature. From this, we developed a program of intervention for the nurses of the PHL foreseeing disclosure strategies grounded in evidence-based, contextualized in decision-making and innovation model.

In the development of our master branch of studies, we reflect on the extent of satisfaction that we have looked at in the light of the quality policy proposed by the GDH, while guiding a critical analysis matrix, from which emerged a few strategic and innovative suggestions. In this report, we also reflect the main contributions inherent to our route held in order to development of expertise skills.

INDICE

f.

INTRODUÇÃO	31
1 - PROCESSO DE ENFERMAGEM COM OS ENFERMEIROS DA LSP COMO CLIENTES	35
1.1 – DA APRECIÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA COMUNIDADE	35
1.1.1. - Satisfação como indicador de qualidade dos cuidados de saúde	39
1.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA PLANEAMENTO	41
1.3 – IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES	43
1.3.1 - Procedimentos de colheita de dados e caracterização da população	43
1.3.2 – Caracterização da amostra de utentes da LSP	47
1.3.3 – Satisfação dos utentes atendidos pelos enfermeiros da LSP	50
1.3.4 – Evidência face à sugestão de divulgação da LSP	60
1.3.5 – Proposta de programa de intervenção face à necessidade de divulgação da LSP	62
1.4 – AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	65
2 – DA PESQUISA DOCUMENTAL À ANÁLISE CRÍTICA	69
3 - SISTEMATIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	75
4 – CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	60
ANEXO I – Projeto de intervenção: “Satisfação dos utentes atendidos pelos enfermeiros da LSP da DGS”	61
ANEXO II – Questionário de satisfação da DGS.....	88
ANEXO III – Pedido de autorização para utilização de questionário de satisfação de utentes da DGS	97
ANEXO IV – Programa da formação: “Metodologia de avaliação da qualidade do atendimento telefónico”	99
ANEXO V – Cruzamento das palavras-chave por base de dados	101

ANEXO VI – Análise dos artigos seleccionados na RSL	103
ANEXO VII – Comprovativo de comunicação em Congresso Nacional de Saúde Pública – 2014	106
ANEXO VIII – Programa do Encontro das Unidades de Saúde Pública - Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional Sul	108

ÍNDICE GRÁFICOS

f.

Gráfico nº 1 - Caracterização da perceção dos enfermeiros da LSP relativamente à necessidade de avaliação da satisfação da população atendida	38
Gráfico nº 2 - Caracterização da perceção dos enfermeiros relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP	39
Gráfico nº 3 - Atendimentos dos enfermeiros da LSP no ano de 2013	45
Gráfico nº 4 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013	45
Gráfico nº 5 - Nº Chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 abril de 2014, por dias da semana	46
Gráfico nº 6 - Chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por género	46
Gráfico nº 7 - Chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por grupo etário e género	47
Gráfico nº 8 - Distribuição da amostra de chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por grupo etário e género	48
Gráfico nº 9 – Relação de parentesco com o utente ao qual o contato se referia	48
Gráfico nº 10 - Distribuição da amostra segundo motivo de contato com a LSP	49
Gráfico nº 11 - Distribuição dos utentes LSP que atenderam, por distrito de residência ...	49
Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra de chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por possibilidade de contato telefónico	50
Gráfico nº 13 – Distribuição da amostra de chamadas, dos utentes que responderam, não atenderam e que referem não ter ligado, por grupo etário	51
Gráfico nº 14 - Nº de vezes que os utentes já tinham ligado para LSP	52
Gráfico nº 15 - Distribuição de utentes face à sua satisfação relativamente tempo que levaram a atender a chamada.....	52
Gráfico nº 16 - Distribuição utentes face à opinião acerca da simpatia / amabilidade do enfermeiro.....	53

Gráfico nº 17 - Distribuição dos utentes face à opinião acerca da duração da informação veiculada pelo enfº.....	53
Gráfico nº 18 - Distribuição dos utentes segundo a compreensão da informação veiculada telefonicamente pelo enfermeiro	54
Gráfico nº 19 - Distribuição dos utentes face à utilidade da informação que receberam do enfermeiro telefonicamente	54
Gráfico nº 20 - Distribuição dos utentes segundo o seguimento que fizeram dos conselhos que os enfermeiros deram ao telefone	55
Gráfico nº 21 - Distribuição dos utentes segundo o desenvolvimento da situação após contato LSP	55
Gráfico nº 22 - Distribuição dos utentes segundo a sua opinião face a voltar a ligar para LSP.....	56
Gráfico nº 23 - Distribuição dos utentes face à opinião de recomendação do serviço	56
Gráfico nº 24 - Distribuição dos utentes face à satisfação global com o serviço	57
Gráfico nº 25 - Distribuição dos utentes segundo as áreas/ aspetos a melhorar no serviço LSP ..	57
Gráfico nº 26 - Distribuição dos utentes face à forma como ouviram a informação veiculada ao telefone	58

INDICE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 – Representação do modelo de difusão de inovação e de Rogers	63
Figura nº 2 – Contextualização da intervenção efetuada e perspetivação da sua avaliação	68

ÍNDICE QUADROS

f.

Quadro nº 1 – Paralelismo entre as fases do modelo de difusão de inovação e os contributos para a construção do programa de divulgação da LSP	63
Quadro nº 2 – Objetivos e indicadores de avaliação do programa de intervenção: “Divulgar para melhor cuidar”	66
Quadro nº 3 – Análise das orientações propostas à luz dos 9 princípios da boa <i>governance</i>	71
Quadro nº 4 – Identificação dos princípios da boa <i>governance</i> nos documentos da DGS	72
Quadro nº 5 – Contributos para o desenvolvimento de competências do EEEEC e de saúde pública	76

INTRODUÇÃO

O mestrado em Enfermagem Comunitária, fundamenta-se no facto de que o Homem enquanto ser social integra grupos que vivem num espaço geográfico determinado, com valores e padrões culturais, sentimentos de pertença e com problemas e necessidades de saúde comuns.

Os desafios colocados pelas atuais políticas de saúde na Europa e em Portugal, enquadradas num contexto globalizante, justificam a pertinência do desenvolvimento de especialização do conhecimento em enfermagem e mais especificamente de um mestrado em enfermagem comunitária. Tal desenvolvimento, assente num paradigma sistémico e ecológico de saúde, possibilita aos enfermeiros a construção de uma visão integradora das necessidades e problemas das pessoas, grupos e comunidade.

No contexto da Saúde, o dever do enfermeiro para com a comunidade, evidenciado no Código Deontológico do Enfermeiro, (Lei nº 111/ 2009), valoriza a sua responsabilidade enquanto promotor da saúde integrando consequentemente o dever de conhecer as necessidades da comunidade onde desenvolve a sua atividade profissional. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, adiante designado por EEEEC enquanto elemento da equipa de saúde que centra o desenvolvimento das suas atividades no seu conhecimento e experiência face à comunidade é entendido como elemento central para responder de forma adequada às necessidades da mesma, proporcionando-lhe efetivos ganhos em saúde (Regulamento nº 128/2011). Quotidianamente, deparam-se com exigências concretas no desenvolvimento das suas competências, nomeadamente no que concerne ao estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde e a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Regulamento nº 128/2011).

Neste sentido, adotamos como fio condutor e enquadrador o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) como processo contínuo e dinâmico, que norteou a nossa atuação no sentido da adoção das soluções mais vantajosas, as que permitiram alcançar os objetivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, alcançando os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos.

Partindo destas premissas, definimos como eixo organizador para a estrutura deste relatório as etapas do processo de enfermagem com a comunidade como cliente (Stanhope

& Lancaster, 2011), nas quais enquadramos todo o percurso desenvolvido desde o estágio I ao Estágio II, mediante uma abordagem sistémica à luz do modelo teórico de Betty Neuman (Neuman, 1995).

Pretendemos no presente relatório revelar de que forma a intervenção comunitária articula os interesses do estudante, consubstanciados no seu projeto individual de estágio, e os interesses dos vários contextos, que propõem programas/projetos de interesse a desenvolver ou indicam áreas inovadoras que o estudante enfermeiro pode iniciar, com potencial de continuidade pelos próprios serviços.

Sistematizando as aprendizagens realizadas, a partir de um processo de pesquisa e reflexão, em torno das estratégias desenvolvidas na realização dos Estágios, preconizamos a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade da intervenção efetuada, valorizando-se nesta perspetiva o contexto, as pessoas, os processos e o tempo em que a ação decorre, de forma a criar condições para que a reflexão sistemática ocorra, considerando-se a diversidade e a singularidade dos cuidados de enfermagem na comunidade.

Em cada uma das etapas descreveremos os procedimentos metodológicos que lhe estiveram inerentes bem como a apresentação faseada dos resultados, integrando a contextualização teórica necessária. Recorremos ainda à revisão sistemática da literatura, uma vez que a mesma se constitui um instrumento valioso que permite uma abordagem crítica integrada no conhecimento científico partindo de uma questão clínica relevante, permitindo assim recolher a melhor evidência face ao problema apresentado e à área selecionada, sendo que os contributos desta evidência foram ainda ser transportados para o ensino clínico, com a concretização de um programa de intervenção delineado para desenvolver com os enfermeiros da LSP.

O nosso foco de atenção centrou-se na importância, atribuída pelos enfermeiros da Linha de Saúde Pública (LSP) da DGS à necessidade de avaliar a satisfação dos utentes com o serviço prestado neste âmbito, que analisamos numa perspetiva de indicador de avaliação da qualidade, preocupação atual e crescente no contexto da prestação de cuidados de saúde.

Partindo deste pressuposto e mobilizando os resultados do nosso Estágio de intervenção no CPLEEC, realizámos no percurso de mestrado, uma análise dos documentos que suportam a dimensão da qualidade no site da DGS, a partir dos nove princípios da *boa governance*.

Neste âmbito, mobilizamos a perspetiva de William Edwards Deming (1990), como o verdadeiro precursor do movimento da qualidade a nível mundial, sendo a sua filosofia resultante da combinação dos seus conhecimentos técnicos com a sua experiência na

implementação de técnicas da qualidade em organizações nos Estados Unidos e no Japão. De acordo com a sua filosofia é imprescindível o envolvimento das estruturas de gestão do topo das organizações, pelo que seleccionámos a sua perspectiva ao nos propomos analisar o desenvolvimento de uma Política Nacional para a Qualidade na Saúde por parte da DGS.

Definimos neste sentido como objetivos para este Relatório: aprofundar conhecimentos sobre a importância da avaliação da qualidade no contexto das práticas clínicas em enfermagem comunitária; colaborar no desenvolvimento de programas integrados de promoção da saúde com base em evidências provenientes da investigação e da reflexão sobre as práticas profissionais; contribuir, como profissionais e cidadãos, para a melhoria da saúde e do sistema de saúde; desenvolver competências no domínio do processo de investigação e da análise crítica.

1 - PROCESSO DE ENFERMAGEM COM OS ENFERMEIROS DA LSP COMO CLIENTES

Tendo em conta o projeto: “LSP e a comunidade dos enfermeiros que nele desenvolvem atividades enquanto clientes”, no estágio I, em grupo realizámos o diagnóstico de saúde na comunidade, norteando a nossa abordagem nas fases do processo de enfermagem na comunidade como cliente, que se iniciam com o estabelecimento do contrato/ parceria e incluem numa primeira fase a identificação do estado de saúde da comunidade, onde se efetua colheita de dados no sentido do desenvolvimento de uma base de dados rica sendo estes alvo posterior de interpretação, conduzindo-nos à terceira fase do processo de enfermagem na comunidade – diagnóstico de enfermagem na comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

No estágio II, individualmente seguiu-se o desenvolvimento da fase de planeamento, a implementação e a avaliação sabendo que esta nos poderá remeter para o início do processo, articulando-se todas as fases de forma cíclica. Assim neste relatório contextualizaremos sumariamente as fases de estabelecimento do contrato/ parceria, apreciação e diagnóstico, desenvolvendo pormenorizadamente as fases de planeamento, execução e avaliação, tendo como premissa que o enfermeiro que trabalha com e para a comunidade promove os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade.

1.1 – DA APRECIÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA COMUNIDADE

Contextualizando o contexto, diríamos que o projeto LSP pressupõe uma estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde numa ótica de aconselhamento e encaminhamento face a problemas de Saúde Pública, registados sazonalmente ou em outras situações críticas (re) emergentes. Promove uma maior acessibilidade do cidadão aos profissionais da saúde e um maior investimento na prevenção, promoção e educação para a saúde através do atendimento telefónico.

O referido projeto apresenta como missão: ajudar as pessoas a terem uma atitude pró-ativa relativamente à gestão da sua saúde e da sua família, assumindo responsabilidades pelas diferentes opções que assumem e como finalidade: *empowerment* do cidadão em termos de informação e participação.

Os principais objetivos da Linha de saúde Pública são: Maior disponibilização de informação validada aos cidadãos e aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde; Aproximar e sensibilizar o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde; Potenciar a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde; Maior adequação dos cuidados de saúde para gerar mecanismos de comparação e emulação das melhores práticas.

Considera-se a consulta telefónica como intervenção de enfermagem, estratégia inovadora e oportunidade de mudança no serviço de saúde (Titler, 2006). Esta estratégia inovadora proporciona outra forma de interação social pois o espaço deixou de ser um impedimento à instantaneidade na comunicação, que se tornou essencial hoje em dia. As pessoas estão habituadas no seu quotidiano a ter acesso imediato à informação, a escolher entre as mais diversas opções de serviços sem se deslocarem de sua casa ou trabalho.

A consulta telefónica proporciona diminuição do número de consultas e, consequentemente, uma melhor rentabilização dos recursos de um serviço de consulta de um centro hospitalar, diminuindo a lista de espera para as consultas. A otimização dos recursos disponíveis permite um melhor controlo ao longo do processo assistencial, logo, dos custos (Rice, 2004).

A LSP adota na sua metodologia de atuação a entrevista telefónica padronizada e a utilização de protocolos de atuação e manuais de apoio técnico-normativos, fundamentais à tomada de decisão, tendo os enfermeiros que aí desenvolvem atividades como recurso tecnológico o apoio da central telefónica, telefones móveis e software de operacionalização do site da DGS com acesso à área reservada da LSP.

Existem, atualmente na LSP 75 enfermeiros distribuídos equitativamente por cada Administração Regional de Saúde – ARS, o que permite a redução das assimetrias regionais e potencia a apropriação e transmissão de informação/conhecimento científico obtido pelos enfermeiros nos respetivos locais de trabalho. Todos os enfermeiros têm formação profissional específica sobre entrevista e utilização de instrumentos de apoio à decisão por tecnologias de informação.

O atendimento telefónico realiza-se das 8 horas às 24 horas e é assegurado por um enfermeiro, sendo a equipa reforçada com mais enfermeiros se existir um aumento inesperado, mas continuado, da procura dos serviços.

Salienta-se que um enfermeiro, em média, consegue atender entre 6 a 10 chamadas por hora, sendo também habitual o recurso a chamadas de retorno para acompanhar/validar a situação relatada ou a informação facultada (Rosa, Coelho, & Silva, 2014).

Valorizando a importância do estabelecimento de parcerias/ contratos com a comunidade, no sentido de que os enfermeiros da LSP conhecessem o objetivo dos nossos estágios enquanto estudantes do CPLEEC, colocamos à sua disposição na área reservada da sua plataforma de trabalho informação acerca dos mesmos. A flexibilidade foi privilegiada no sentido de que se reconheceu a importância das opiniões e perceções dos enfermeiros como essenciais ao desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem.

As estratégias inventariadas para melhorar a saúde de uma comunidade devem obrigatoriamente incluir parcerias ativas entre os membros da comunidade e os enfermeiros. Estes devem ser envolvidos ativamente no processo de identificação planeamento, implementação e avaliação, sendo a parceria de sucesso informada, flexível e negociada. (Stanhope & Lancaster, 2011). A negociação esteve sempre presente evidenciando-se na perspetiva de distribuição do poder, que foi sendo renegociado face às diferentes fases do desenvolvimento dos estágios. Como exemplo poderemos evidenciar a importância dada ao processo de validação dos problemas/ necessidades encontradas no diagnóstico de enfermagem.

Neste sentido, no estágio I, iniciámos a fase de apreciação da comunidade, que se constitui como num processo de conhecimento da comunidade envolvendo uma abordagem sistemática e lógica, onde a colheita de dados, desenvolvimento de uma base de dados, a sua interpretação e análise de problemas/ necessidades são passos a desenvolver (Stanhope & Lancaster, 2011). Conhecemos os problemas/ necessidades dos enfermeiros da LSP, com recurso à entrevista a informante chave (coordenador da LSP) e desenvolvemos um ICD que concomitantemente permitiu a caracterização do grupo-alvo e identificação das suas necessidades/ problemas face ao desenvolvimento da sua atividade profissional na LSP, no sentido da sua otimização. O questionário foi elaborado tendo como organizador o modelo teórico de Betty Neuman (Neuman, 1995), assumindo como principais dimensões os contextos intrassistémico, intersistémico e extrasistémico, assim como os objetivos da LSP. As respostas ao questionário constituíram-se como base de dados e estes dados foram tratados recorrendo ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), com

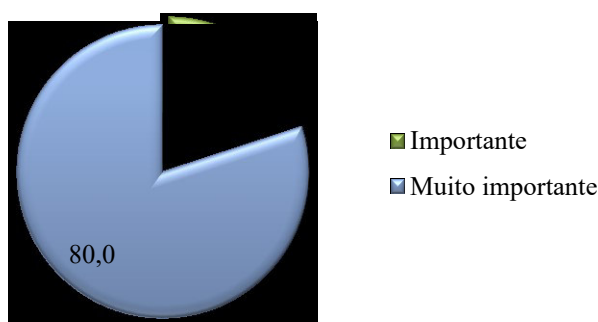
posterior análise descritiva e enquadrados face às dimensões dos contextos intrassistémico, intersistémico e extrasistémico propostos por Betty Neuman.

A partir dos dados que foram analisados na fase de apreciação da comunidade – enfermeiros da LSP, surgem os problemas/ necessidades, que necessitam ser identificados claramente sob a forma de diagnóstico da comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). O desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem nesta fase ajuda a definir o problema, sendo essencial ao desenvolvimento do planeamento das intervenções. Nesta fase do processo de saúde à comunidade emergiram três principais áreas de problemas/ necessidades centradas nos enfermeiros da LSP (Rosa, Coelho, & Silva, 2014):

- Deficit de conhecimentos em áreas específicas para intervenção na LSP
- Ausência de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem com os utentes da LSP
- Ausência de conhecimento sobre o nível de satisfação dos utentes da LSP

Procurando sistematizar o conjunto de dados do diagnóstico que estiveram na génese deste último problema, que ficámos acomedidos de trabalhar em continuidade no Estágio II, diríamos que: do universo de 75 enfermeiros que constituíam a nossa população alvo, 30 destes responderam ao nosso questionário, sendo que a importância atribuída por estes à necessidade de *avaliar a satisfação dos utentes* com o serviço LSP foi considerada importante ($f_i= 6$; / 20%) e muito importante ($f_i= 24$; 80%) (Gráfico nº 1).

Gráfico nº 1 - Caracterização da perceção dos enfermeiros da LSP relativamente à necessidade de avaliação da satisfação da população atendida



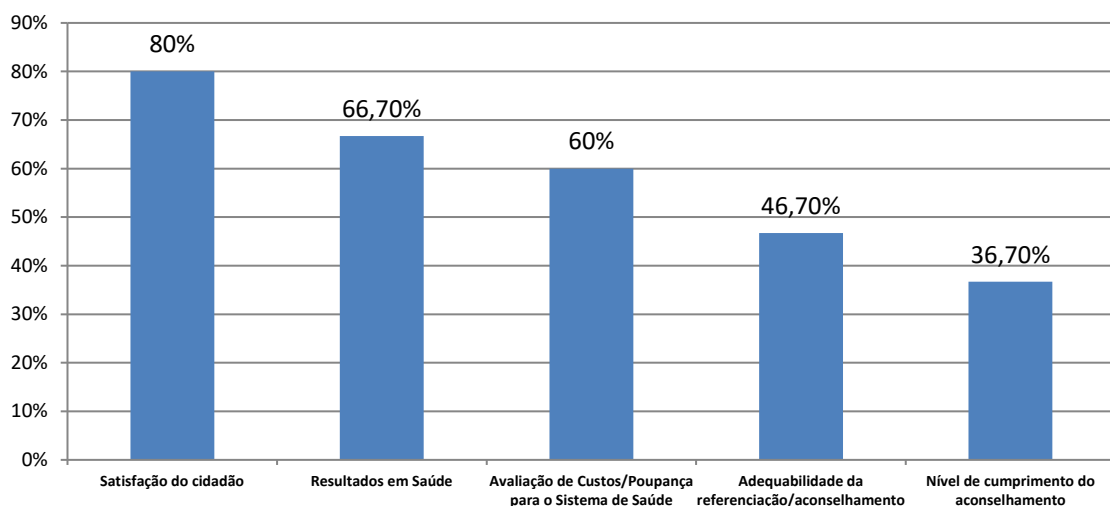
Fonte: Diagnóstico de enfermagem 4º CPLEEC, 2014

No que concerne à percepção dos enfermeiros relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP os resultados revelaram uma elevada concordância dos inquiridos na indicação da medição da satisfação do cidadão (80%, $f_i= 24$) o que é

coerente com a elevada proporção de enfermeiros que tal como referido anteriormente considerou muito importante/importante a realização da avaliação da satisfação da população.

Para além da satisfação do cidadão, também a medição dos resultados em saúde (66,7%, 20 enfermeiros) e a avaliação dos custos/poupança para o sistema de saúde (60%, 18 enfermeiros) obtiveram mais de 50% de concordância dos inquiridos no que respeita à medição da intervenção da enfermagem. As outras opções referiam-se à adequabilidade de referenciação/aconselhamento e nível de cumprimentos do aconselhamento (Gráfico nº 2).

Gráfico nº 2 - Caracterização da perceção dos enfermeiros relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP



Fonte: Diagnóstico de enfermagem 4º CPLEEC, 2014

Procurando sustentar teoricamente a problemática identificada, e contextualizar mais claramente a necessidade identificada pelos enfermeiros, refletimos a relevância da satisfação como indicador da qualidade dos cuidados na comunidade.

1.1.1. Satisfação como indicador de qualidade dos cuidados de saúde

A qualidade é compreendida como a comparação entre o nível de cuidados desenvolvidos em comparação com o nível desejado de cuidados que foi planeado (OMS, 1998). Compreende-se assim que o conceito de qualidade não pode ser entendido por todos do mesmo modo, nem ao mesmo nível, dependendo do desenvolvimento da população, sendo os cuidados prestados diferenciados consoante as suas necessidades.

A qualidade dos cuidados relaciona-se sempre com os objetivos a que nos propomos para intervir com cada população específica atendendo às suas condições económicas e o seu grau de desenvolvimento (Imperator E. , 1999).

Ao avaliar a qualidade em saúde, deve considerar-se a vertente técnica à qual se associa o conhecimento científico e tecnológico e como estes são aplicados nos cuidados de saúde e a vertente humana que inclui o atendimento às necessidades pessoais dos utentes (Duarte & Ferreira, 2006).

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde constitui-se hoje como preocupação das instituições de saúde, aleado à crescente exigência e expectativas que os cidadãos possuem relativamente à efetividade dos cuidados que lhe são prestados. Os resultados decorrentes da avaliação da qualidade dos cuidados podem contextualizar-se em mudanças relacionadas com os comportamentos e conhecimentos, bem como satisfação dos utentes, decorrente dos cuidados que lhe são prestados (Biscaia, et al., 2008).

A procura da satisfação, se por um lado dá voz aos utentes no sentido da manifestação da sua opinião acerca dos cuidados de que foram alvo, funciona também como indicador de qualidade dos cuidados.

Nesta perspetiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre, Pereira, & Soares, 2002).

A satisfação do utente constitui-se como indicador da qualidade, pois reflete a visão dos seus utilizadores relativa ao processo de cuidados que foram alvo, assim como do paralelismo dos resultados obtidos com as suas expectativas (Ribeiro A. , 2008).

De entre os três componentes da qualidade dos cuidados enunciados por Donabedian (1998) – componente técnica, a relação interpessoal e as amenidades – a satisfação do utente pode constituir-se como fator essencial na avaliação da qualidade dos cuidados, quer na área interpessoal quer no âmbito das amenidades.

São estabelecidos por Donabedian “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Ao analisar estes conceitos, o da aceitabilidade e da legitimidade são os que mais relacionam com as expectativas e satisfação dos utentes. A aceitabilidade relaciona-se com a adaptação dos cuidados aos desejos e expectativas do utente e das suas famílias e a legitimidade é considerada a aceitabilidade do cuidado na forma como é visto pela comunidade ou a sociedade em geral. Donabedian (1998) refere que a satisfação do utente é uma medida da qualidade dos

cuidados, porque nos dá o feedback acerca do sucesso dos cuidados dos prestadores em relação às expectativas dos utentes. “A medida da satisfação é uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento”.

Na especificidade da enfermagem, a satisfação do utente é um dos indicadores conducentes à excelência no exercício profissional, destacando-se como elementos importantes da satisfação dos utentes: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos, valorizando a individualidade de vida da pessoa; a procura constante da empatia nas interações e o estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento do processo de cuidados, envolvendo as pessoas significativas para a mesma; um dos objetivos principais desta estratégia visa, por exemplo, minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Pela congruência encontrada e teoricamente sustentada referente à importância atribuída à necessidade de avaliar a satisfação dos utentes face à intervenção desenvolvida na LSP, desenvolvemos um projeto de intervenção (Anexo I), indo ao encontro desta necessidade sentida pelos enfermeiros da LSP. Passaremos agora a descrever e analisar as fases seguintes do processo de enfermagem com a comunidade de enfermeiros da LSP como clientes.

1.2 – PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES

Na fase de planeamento das intervenções no processo de enfermagem com a comunidade como cliente atribuem-se prioridades aos problemas identificados, estabelecem-se finalidades e objetivos para cada problema e inventariam-se atividades de intervenção para atingir os objetivos delineados (Stanhope & Lancaster, 2011).

Neste trabalho não foi necessário recorrer à ordenação dos problemas por prioridades, pois como já foi referenciado cada elemento do grupo de trabalho que elaborou o diagnóstico de enfermagem à comunidade se debruçou sobre cada um dos problemas identificados.

Assim, no âmbito das competências alocadas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária delinearam-se objetivos considerados estruturantes com vista a proporcionar respostas eficazes à necessidade sentida pelos enfermeiros que exercem funções na Linha de Saúde Pública (“Ausência de conhecimento sobre o nível de satisfação dos utentes da linha LSP”), potenciando eventuais ganhos em saúde para os enfermeiros e para a população que estes atendem diariamente.

Tendo em conta que “a fase de planeamento inclui a análise dos problemas de saúde da comunidade identificados no diagnóstico de comunidade” (Stanhope & Lancaster, 2011), procedemos à contextualização teórica do problema no sentido de que as intervenções planeadas fossem as mais adequadas possíveis.

O projeto de estágio (Anexo I) tinha como objetivos:

- Apresentar o Projeto de Intervenção aos enfermeiros da LSP tendo em conta os recursos disponíveis, no sentido da sua integração na operacionalização do mesmo.
- Definir a estratégia operacional de acordo com os dados obtidos no diagnóstico de saúde efetuado relativo à necessidade de avaliar a satisfação dos utentes atendidos na LSP da DGS.
- Construir um Instrumento de Avaliação da Satisfação dos utentes da LSP, a partir de indicadores validados com os pares.
- Validar indicadores de qualidade a integrar no Instrumento de Avaliação da Satisfação dos utentes da LSP
- Apresentar o Projeto de Intervenção aos enfermeiros da LSP tendo em conta os recursos disponíveis, no sentido da sua integração na operacionalização do mesmo.
- Desenvolver um programa de intervenção visando o desenvolvimento de competências conducentes à satisfação do utente

Estes objetivos e consequentemente as atividades com estes relacionadas sofreram algumas alterações perante a possibilidade da sua operacionalização aquando da sua discussão/ apresentação, com enfermeiro coordenador da LSP e professora orientadora do estágio. Foram efetuadas algumas alterações com base em sugestões do próprio enfermeiro coordenador essencialmente no que se refere aos objetivos:

- Construir um Instrumento de Avaliação da Satisfação dos utentes da LSP, a partir de indicadores validados com os pares.
- Validar indicadores de qualidade a integrar no Instrumento de Avaliação da Satisfação dos utentes da LSP.

Estas alterações decorreram da sugestão do Sr. enfermeiro coordenador no sentido da utilização de um instrumento de colheita de dados (Anexo II), da autoria da DGS que já tinha sido anteriormente aplicado telefonicamente aos utentes no sentido da auscultação acerca da sua satisfação relativamente ao serviço prestado telefonicamente pelos enfermeiros da LSP. Outra das propostas refere-se à aplicação telefónica do mesmo passar por nós, enquanto estudantes do CPLEEC, com compromisso de enquadrar inicialmente o utente no trabalho

que está a ser desenvolvido, sendo selecionados os utentes que telefonaram para a LSP numa semana selecionada aleatoriamente, constituindo-se estes a nossa população.

Nos subcapítulos seguintes abordaremos a forma como operacionalizamos as intervenções a desenvolver com os enfermeiros, face à satisfação dos utentes com o atendimento telefónico por parte destes em contexto da LSP, correspondendo assim a uma necessidade identificada pelo nosso grupo alvo. Abordaremos a forma como colhemos os dados e a sua análise, assim como a proposta de programa de intervenção delineado tendo por base a mais atual evidência científica disponível, com recurso à metodologia de revisão sistemática da literatura. Considera-se a prática baseada em evidências como forma coerente, segura e organizada de estabelecer as mais adequadas práticas profissionais, com previsível garantia dos melhores resultados, otimizando os recursos disponíveis de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nas de tomada de decisão.

1.3 – IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES

Esta fase do processo de enfermagem à comunidade inclui o trabalho e as atividades destinadas à obtenção das finalidades e objetivos previamente definidos. Neste subcapítulo descreveremos o nosso papel enquanto agentes de mudança (Stanhope & Lancaster, 2011) face à problemática a estudar, pois este papel realça a capacidade de compilação e análise de dados e a implementação de programas, promovendo a capacidade dos enfermeiros da LSP na fundamentação da necessidade que identificaram.

Neste capítulo descreveremos a satisfação dos utentes da LSP, que obtivemos através de entrevistas telefónicas, assim como apresentaremos uma proposta de programa de intervenção face à sugestão inventariada pelos utentes referente à necessidade de divulgação da LSP, sustentado no desenvolvimento de revisão sistemática de literatura.

1.3.1 - Procedimentos de colheita de dados e caracterização da população

A satisfação do cliente pode ser avaliada através de inquéritos ou questionários, entregues pessoalmente, por carta ou mail e ainda com recurso a focus grupo ou por entrevista telefónica. Sendo necessário o treino adequado de alguém não conectado diretamente ao serviço em questão no sentido da condução da colheita de dados, salvaguardando-se as não respostas por serem respondidas a alguém que prestou os cuidados (OMS, 2000). Porém se as entrevistas ou *focus group* tiverem que ser efetuadas por um membro da equipa, é benéfico

que não seja o prestador direto de cuidados que o faça, pela relutância que o cliente poderá apresentar perante tal fato (OMS, 2000).

Assim e face às características da população atendida telefonicamente pelos enfermeiros da LSP, compreende-se a necessidade de que a colheita de dados fosse por entrevista telefónica e efetuado por alguém externo à equipa.

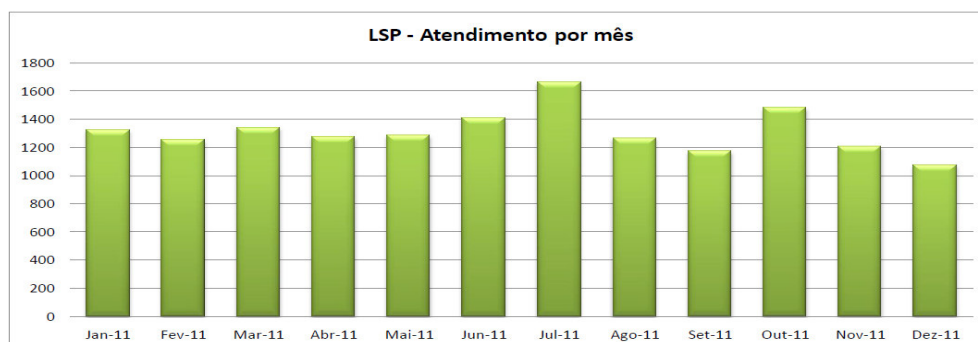
O ICD mobilizado é pertença da DGS e já foi utilizado anteriormente em estudos de satisfação dos utentes face ao atendimento telefónico pelos enfermeiros da Saúde 24/ LSP. Assim, antes do processo de colheita de dados ser iniciado, solicitamos autorização formal ao coordenador da unidade de apoio ao centro de atendimento do Serviço Nacional de Saúde (Anexo III), para a sua utilização, assim como informamos todos os enfermeiros da LSP do procedimento que nos encontrávamos a desenvolver, por intermédio da sua área reservada na plataforma a que todos têm acesso.

Este ICD é constituído por três grandes bolcos de itens referentes a: **caraterização socio demográfica** (Idade, Género, Profissão, Habilitações Literárias), **caraterização do episódio de contato** (Frequência/ Qualidade da chamada, Tempo de demora para o atendimento) e **satisfação face ao atendimento** (Grau de amabilidade no atendimento, Grau de compreensão da informação, Grau de utilidade da informação fornecida, Atitude face ao aconselhamento/ encaminhamento, Voluntariedade em voltar a contactar a LSP e recomendar a amigos/ familiares, Grau de satisfação global com o serviço prestado; Sugestões de melhoria com o serviço).

Seleção de utentes para avaliação da satisfação

Os enfermeiros da LSP no ano 2013 efetuaram um total de 15.731 atendimentos (gráfico nº 3), verificando-se uma uniformidade no número de chamadas ao longo dos meses do ano, excetuando-se os meses de junho, julho e agosto onde se verificou um ligeiro acréscimo.

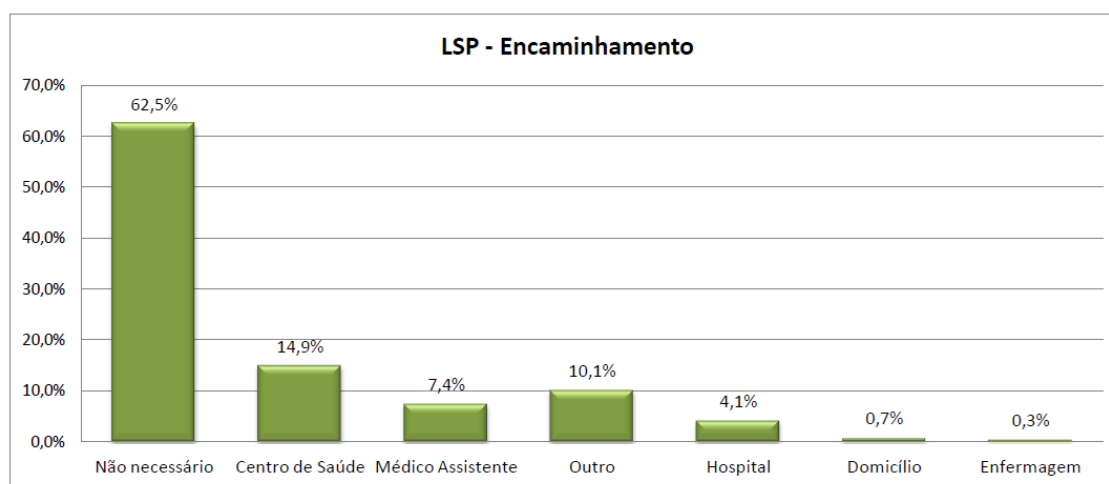
Gráfico nº 3 – Atendimentos dos enfermeiros da LSP no ano de 2013



Fonte: DGS, 2014

Destes atendimentos verificamos (Gráfico nº 4) que 37,5% dos contatos necessitaram de encaminhamento (15% das situações foram encaminhadas para centro de saúde, cerca de 7% para o médico assistente e apenas 4% para o hospital), sendo que 62,5% não necessitaram de qualquer encaminhamento denotando-se assim a importância deste tipo de atividade desenvolvida no sentido do aconselhamento mais adequado em questões de saúde, ajudando assim o cidadão a tomar decisões mais adequadas (Direção Geral de Saúde, 2014).

Gráfico nº 4 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013



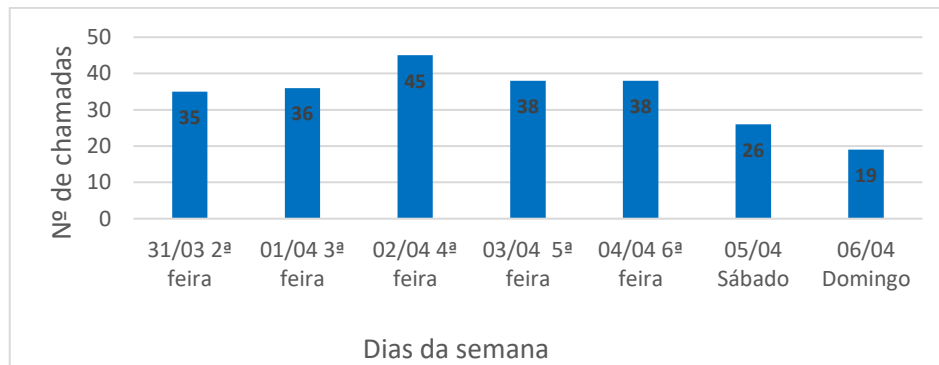
Fonte: DGS, 2014

Assim e face à necessidade de avaliação da satisfação dos utentes atendidos, foi selecionada aleatoriamente, pelo enfermeiro coordenador da LSP uma semana de 2014, até ao mês de março (mês da realização da reunião de apresentação do projeto de estágio), constituindo-se os utentes que telefonaram para a LSP nessa semana a nossa população a entrevistar, sendo a semana selecionada a de 31 março a 06 abril, com um total de 237 chamadas telefónicas. Procedimento possível face aos objetivos do estágio onde não se pretende uma extrapolação de dados mas apenas uma caracterização da satisfação da população nessa semana.

Salvaguardamos desde início que o intervalo relativamente aos grupos etários foi efetuado tal como definido no relatório da DGS de 2014, referente aos dados das chamadas telefónicas efetuadas no ano 2013, no sentido de podermos aferir eventuais comparações se isso fosse pertinente numa análise crítica final.

A distribuição dos atendimentos representa uma média de 33, 85 chamadas por dia (Gráfico nº 5), sendo a sua distribuição semelhante nos dias úteis e verificando-se um decréscimo ao fim-de-semana (26 e 19 chamadas no sábado e domingo respetivamente).

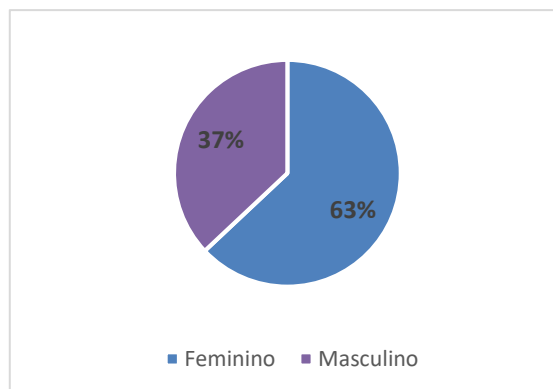
Gráfico nº 5 - Nº Chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 abril de 2014, por dias da semana



Fonte: LSP, 2014

Em relação ao género, verifica-se que nesta semana 63, 3% (fi = 150) dos utentes que ligaram para a LSP foram mulheres e 35 % (fi = 83) foram homens, sendo que existe ainda um valor residual de 1,7% (fi = 4), que correspondem a dados omissos nos registos (Gráfico nº 6).

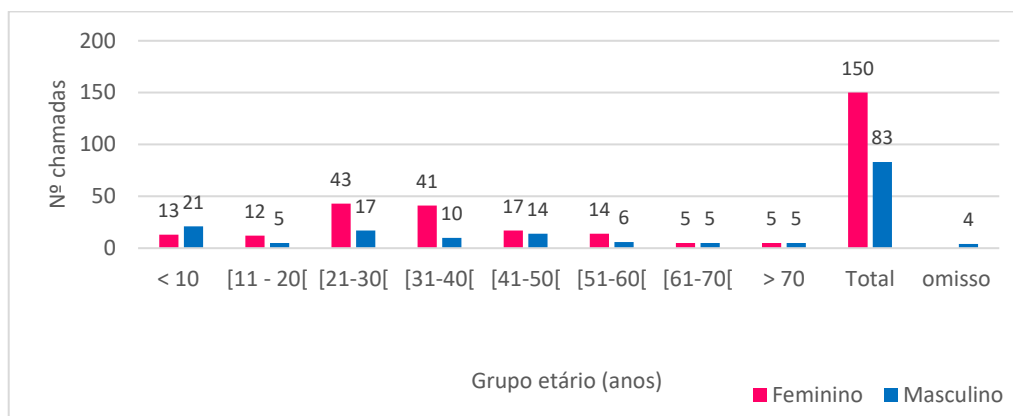
Gráfico nº 6 - Chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por género



Fonte: LSP, 2014

Ao analisarmos os grupos etários dos utentes através da representação gráfica nº 7 conseguimos perceber uma clara relevância nos grupos etários entre os 21 e 30 anos com 25% (fi= 60) e 31 a 40 anos, com 22% (fi = 51) de chamadas efetuadas, sendo que os grupos etários com menor representatividade se encontram a partir dos 41 a 50 anos.

Gráfico nº 7 - Chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por grupo etário e género



Fonte: LSP, 2014

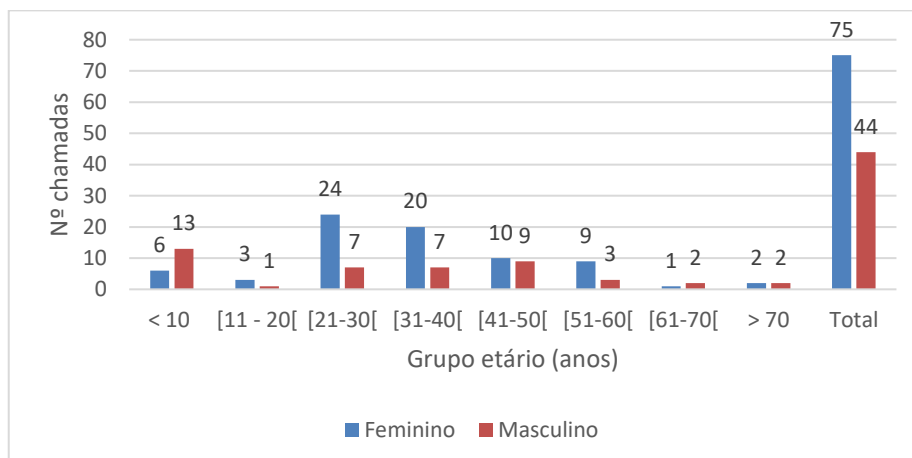
1.3.2 – Caraterização da amostra de utentes da LSP

Face ao número elevado de chamadas efetuadas na semana de 31 março a 06 abril ($f_i = 237$), assim como o tempo disponível para a realização do estágio, consideramos efetuar uma amostra probabilística aleatória, enquanto processo em que se selecionam os sujeitos a incluir na amostra utilizando um critério (um intervalo entre sujeitos selecionados) que é aplicado de forma sistemática a uma lista com os sujeitos incluídos na população (Pestana e Gageiro, 2005). Assim, o nosso intervalo de amostragem foi calculado no sentido da obtenção de 50% da população, pela divisão entre a população total e o tamanho da amostra pretendida, concretizando-se no nosso caso na divisão de 237 por 119, obtendo-se um intervalo de dois. Optamos então por selecionar todas as chamadas numeradas com números ímpares ficando com uma amostra de 119 utentes.

Ao caraterizarmos a nossa amostra ($f_i = 119$), verifica-se que existe coincidência no que se refere ao género com a população. Assim também 63, 3% ($f_i = 75$) dos utentes da nossa amostra são mulheres e 35 % ($f_i = 44$) homens (Gráfico nº 8).

Os grupos etários dos utentes da nossa amostra mostram-nos uma clara relevância nos grupos etários entre os 21 e 30 anos com 26% ($f_i = 31$) e 31 a 40 anos, com 23% ($f_i = 27$) de chamadas efetuadas, sendo que os grupos etários com menor representatividade se encontram a partir dos 51 a 60 anos (Gráfico nº 8).

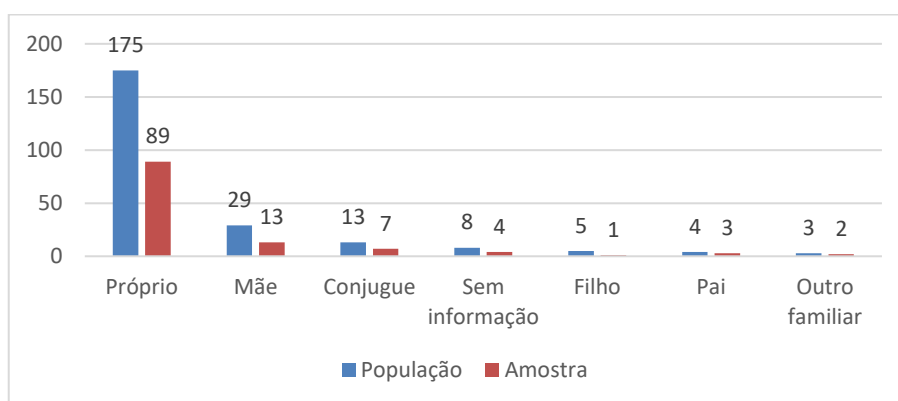
Gráfico nº 8 - Distribuição da amostra de chamadas efetuadas para LSP no periodo de 31 março a 06 de abril de 2014 por grupo etário e género



Fonte: LSP, 2014

No que se refere ao utente que ligou para a LSP e o grau de parentesco com o utente ao qual o motivo de contacto se relacionava, poderemos verificar que quer a população da semana de 31 março a 06 abril, quer na amostra que definimos, maioritariamente os utentes ligam por problemas relacionados com eles próprios (população: fi = 175 - 73%; amostra: fi = 89 - 74%), seguindo-se questões relacionadas com suas mães e conjugues (Gráfico nº 9).

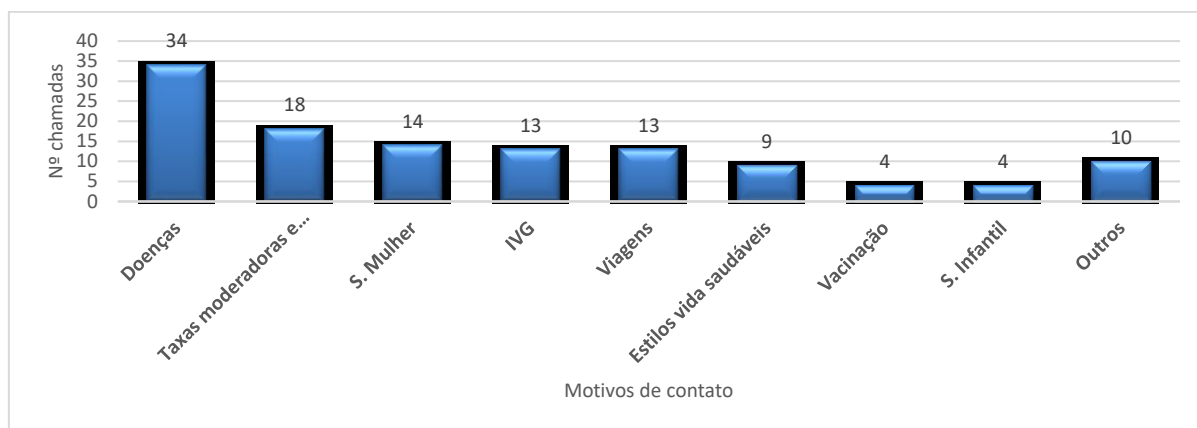
Gráfico nº 9 – Relação de parentesco com o utente ao qual o contato se referia



Fonte: LSP, 2014

No que se refere ao motivo de contacto identificamos as doenças transmissíveis, sinais e sintomas (28,5% - fi= 34) como os motivos mais significativos, seguindo-se assuntos relacionados com taxas moderadoras e outros assuntos burocráticos (15,1% - fi= 18), saúde da mulher (11,7% - fi= 14) incluindo-se aqui motivos relacionados com gravidez, IVG (19,9% - fi= 13) e assuntos relacionados com viagens (19,9% - fi= 13) e cuidados a ter nestas como necessidade de vacinação do viajante (Gráfico nº 10).

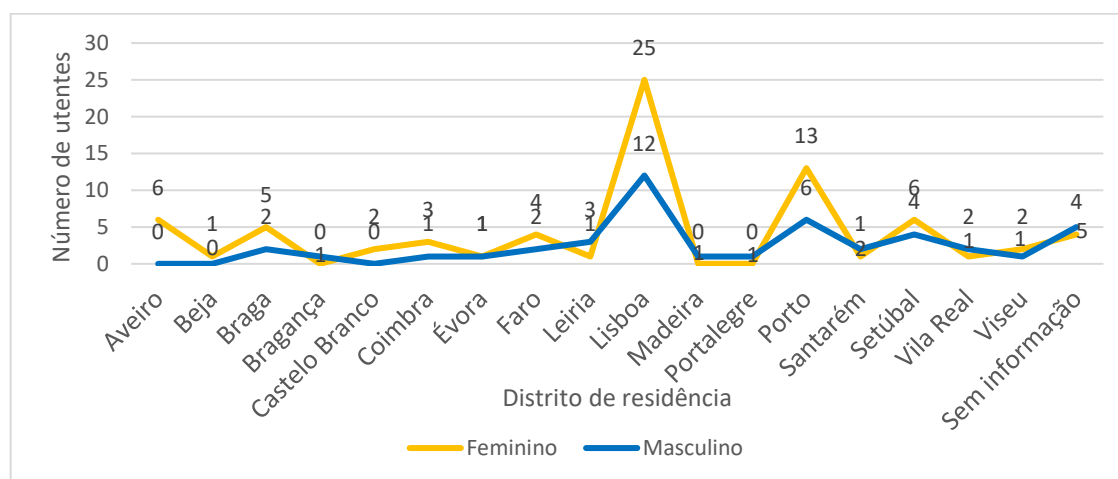
Gráfico nº 10 - Distribuição da amostra segundo motivo de contato com a LSP



Fonte: LSP, 2014

Relativamente ao distrito de residência dos utentes que ligaram estes eram maioritariamente provenientes dos distritos de Lisboa (49,4%; $f_i = 37$), com uma distribuição em relação ao género mais significativa no feminino com percentagem de 33,4%. O distrito do Porto também se destaca com 25,4% ($f_i = 18$), onde mais uma vez o género feminino está em maioria com 17,4% ($f_i = 13$). Destaca-se ainda o distrito de Setúbal com 13,4% de chamadas provenientes deste distrito. Em relação aos restantes distritos não existiram muitas diferenças oscilando a percentagem de chamadas entre 8% ($f_i = 6$) e 1,3% ($f_i = 1$). Podemos ainda concluir que a maior parte das chamadas foi feita por utentes do género feminino (Gráfico nº 11).

Gráfico nº 11 - Distribuição dos utentes LSP que atenderam, por distrito de residência



Fonte: LSP, 2014

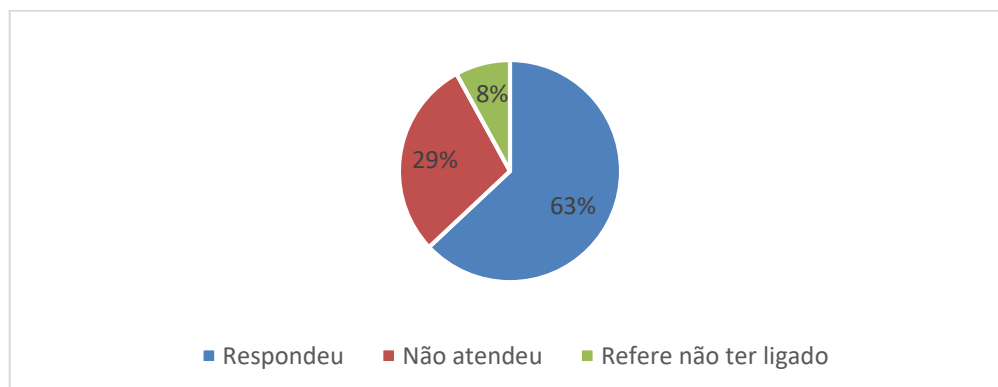
1.3.3 - Satisfação dos utentes atendidos pelos enfermeiros da LSP

Seguindo as regras de aplicação do ICD já utilizado anteriormente pela DGS, as entrevistas telefónicas foram efetuadas 15 dias depois do utente ter ligado para a LSP, concretizando-se na semana de 21 a 27 de abril de 2014. Como critérios e face ao tempo que tínhamos disponível e ao elevado número de chamadas consideramos apenas as chamadas atendidas ao primeiro contacto, não voltando a contactar se não respondessem.

Ressalvamos questões éticas que se prendem com a participação voluntária no estudo, a garantia do anonimato e confidencialidade das declarações dos participantes e a necessária autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados: pedido de autorização para utilização do questionário, considerado por nós como essencial. Pois já o Código deontológico dos enfermeiros nos refere a importância de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (Lei nº 111/ 2009). Em todas as chamadas os utentes foram informados acerca do objetivo do trabalho e do seu âmbito mostrando-se muito disponíveis para colaborar, não existindo nenhum que referisse que não queria participar não respondendo ao questionário telefónico.

Assim, efetuamos 119 chamadas telefónicas, sendo que 71% (fi= 84) dos utentes atenderam e 29% (fi = 35) não atenderam. Dos 71% que atenderam 8% referem que não tinham ligado para a LSP, não respondendo ao questionário, sendo assim a nossa população acessível de 75 utentes (63%) (Gráfico nº 12).

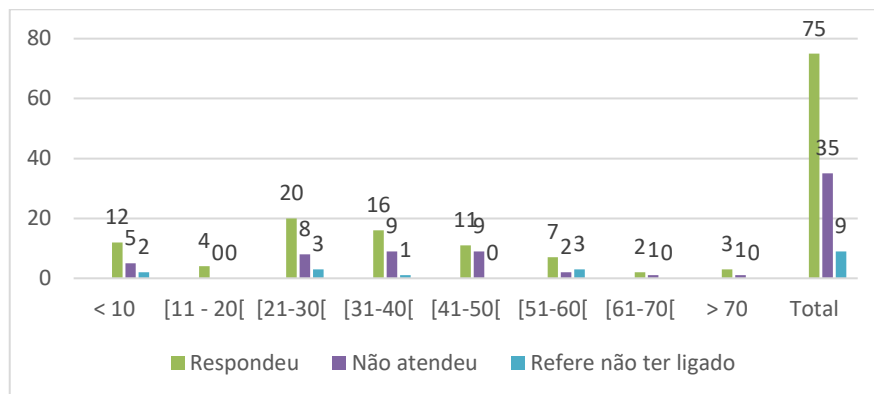
Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra de chamadas efetuadas para LSP no período de 31 março a 06 de abril de 2014 por possibilidade de contato telefónico



As 119 chamadas, foram efetuadas a utentes maioritariamente na faixa etária dos 21 aos 50 anos, sendo também nesta faixa etária que mais utentes atenderam e responderam ao

nosso questionário telefónico, (fi= 47; 62,7%), sendo nesta faixa etária que também se verifica a maior percentagem de utentes que não atenderam a chamada (fi= 26; 34, 7%), tendo em conta a nossa amostra total (Fi= 75) (Gráfico nº 13).

Gráfico nº 13 – Distribuição da amostra de chamadas, dos utentes que responderam, não atenderam e que referem não ter ligado, por grupo etário



Respostas ao questionário

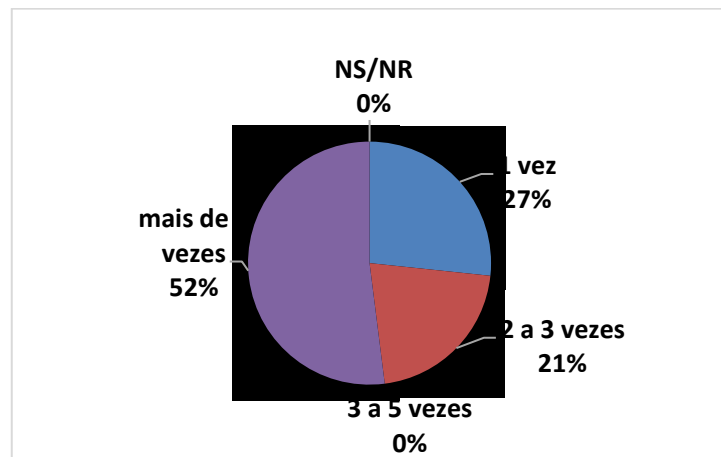
Organizaremos os resultados das entrevistas telefónicas tendo em conta as questões do ICD (Anexo II), sendo que no final faremos a análise dos resultados. Assim apresentaremos a questão efetuada aos utentes, seguindo-se os dados obtidos, assim como a representação gráfica dos mesmos.

Relativamente à aplicação do questionário ressaltamos o facto de que reenumeramos as questões do mesmo, pois a questão nº 1 que se referia à situação segundo a qual o utente tinha contactado o serviço, já constava na base de dados fornecida pelo coordenador da LSP, optando por não efetuarla aos utentes.

1 - Quantas vezes já telefonou para a linha?

Perante esta primeira questão, verificamos (Gráfico nº 14), que mais de metade dos utentes que atenderam (52%), já tinham usufruído do serviço de atendimento da LSP mais de cinco vezes, sendo que apenas 27% ligaram apenas uma vez e 21% ligaram entre duas a três vezes.

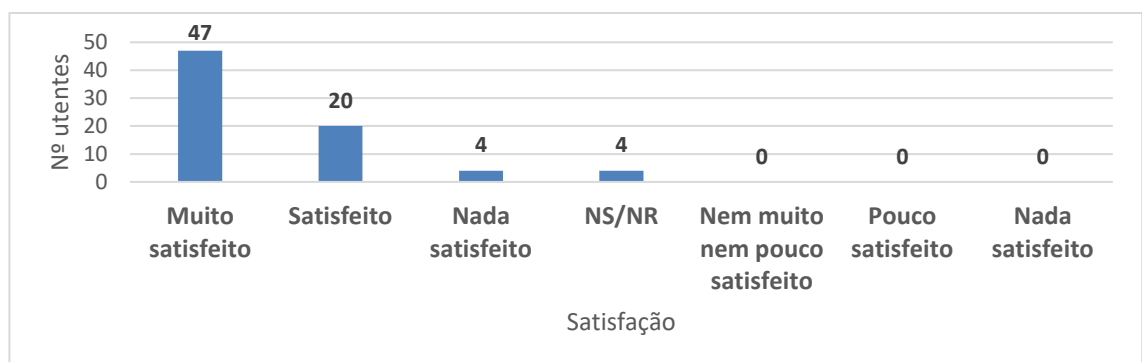
Gráfico nº 14 - Nº de vezes que os utentes já tinham ligado para LSP



2 - Da última vez que telefonou, ficou satisfeito(a) com o tempo que levaram a atender a sua chamada?

Ao serem questionados relativamente à satisfação face ao tempo que o enfermeiro demorou a atender a sua chamada, 62,6% (fi=47) dos utentes referiram que estavam muito satisfeitos seguindo-se 26,7 % (fi= 20) que se encontravam satisfeitos. Existiram ainda 5,3% (fi= 4) que não se encontravam nada satisfeitos com a demora no atendimento da chamada e com valores percentuais iguais utentes que referiram que não sabiam (Gráfico nº 15).

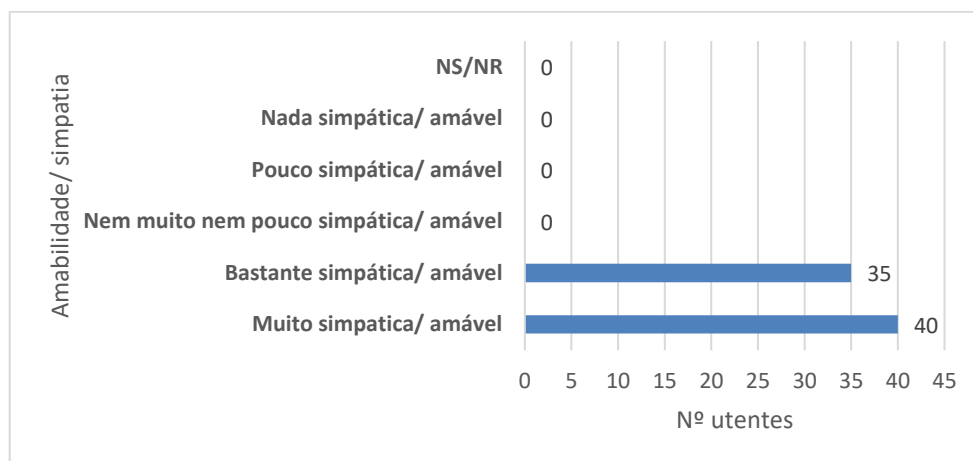
Gráfico nº 15 - Distribuição de utentes face à sua satisfação relativamente tempo que levaram a atender a chamada



3 - Na sua opinião, até que ponto a pessoa que falou consigo ao telefone foi simpática e amável?

Relativamente à opinião acerca da simpatia e amabilidade do enfermeiro que atendeu a chamada, todos os utentes os referiram como muito simpático/ amável ou bastante simpático/ amável, com percentagens de 53,3% e 46,7% respetivamente (Gráfico nº 16).

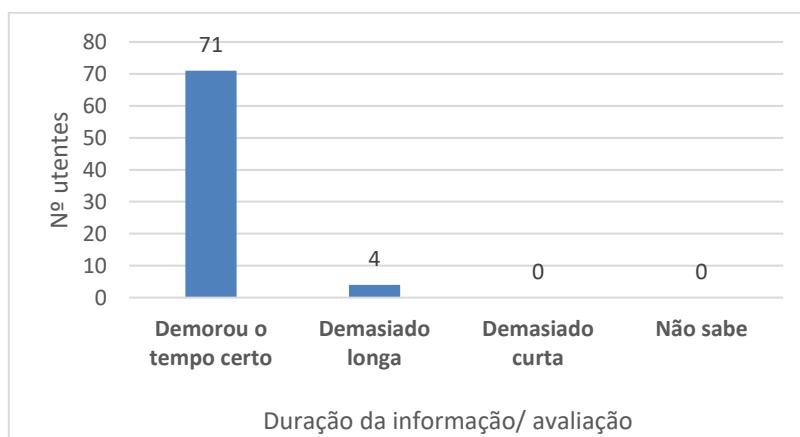
Gráfico nº 16 - Distribuição utentes face à opinião acerca da simpatia / amabilidade do enfº



4 - Na sua opinião, a avaliação/ informação que lhe foi prestada pelo (a) enfermeiro (a) foi: demasiado longa, durou o tempo certo, demasiado curta ou não sabe/ não responde?

A opinião dos utentes acerca da avaliação/ informação que lhe foi prestada pelo enfermeiro da LSP, foi de que, maioritariamente demorou o tempo certo (94, 7% - $f_i = 71$), sendo que apenas 5,34% ($f_i = 4$), a referiram demasiado longa (Gráfico nº 17).

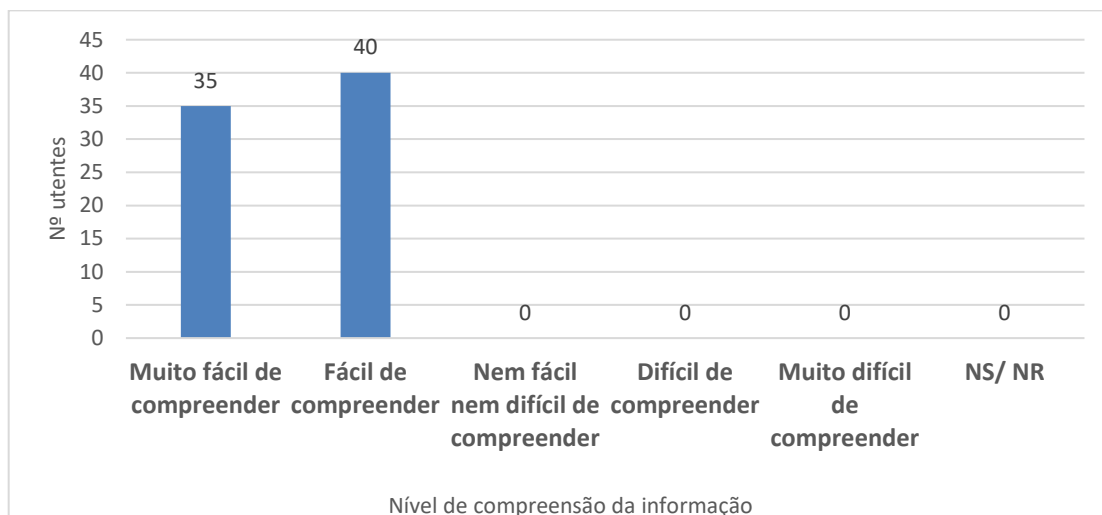
Gráfico nº 17 - Distribuição dos utentes face à opinião acerca da duração da informação veiculada pelo enfº



5 - A informação que lhe foi dada ao telefone pelo (a) enfermeiro (a) foi fácil de compreender?

Todos os utentes consideraram (Gráfico nº 18) que a informação veiculada pelos enfermeiros ao telefone foi muito fácil de compreender (46,7% - $f_i = 35$) ou fácil de compreender (53, 4% - $f_i = 40$).

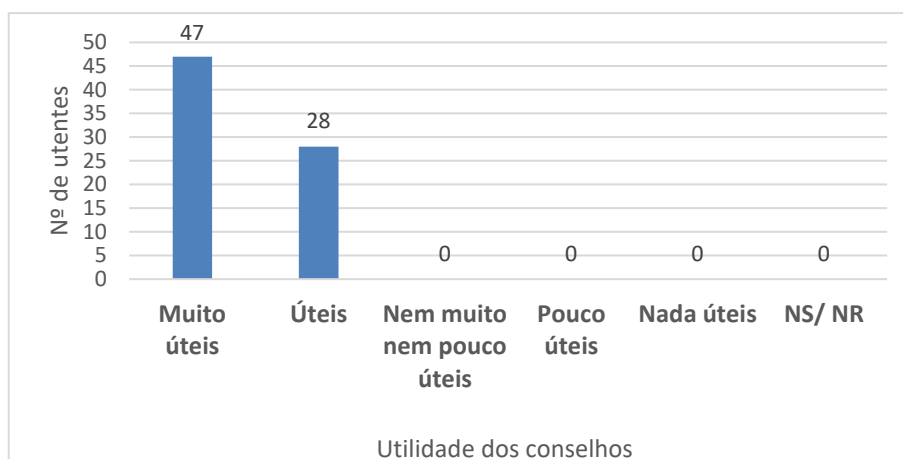
Gráfico nº 18 - Distribuição dos utentes segundo a compreensão da informação veiculada telefonicamente pelo enfermeiro



6 - Os conselhos que lhe foram dados ao telefone pelo (a) enfermeiro (a) foram úteis?

Os conselhos veiculados telefonicamente pelo enfermeiro foram considerados por todos os utentes como muito úteis (62, 7% - $\bar{f}_i = 47$) ou úteis (37, 3% - $\bar{f}_i = 28$) (Gráfico nº19).

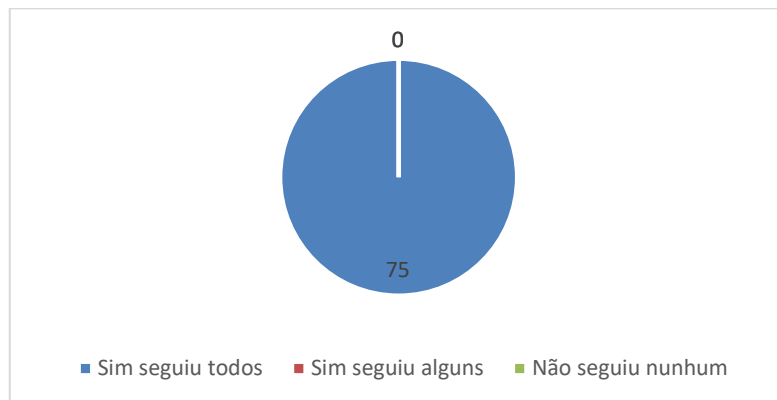
Gráfico nº 19 - Distribuição dos utentes face à utilidade da informação que receberam do enfermeiro telefonicamente



7 - Seguiu os conselhos que lhe foram dados ao telefone pelo (a) enfermeiro (a)?
(Sim, seguiu todos os conselhos dados; Sim, seguiu alguns dos conselhos dados; não seguiu nenhum dos conselhos).

Em relação aos conselhos que forma dados pelo enfermeiro ao telefone (Gráfico nº 20), a totalidade dos utentes referiu que os seguiu todos (100% - $\bar{f}_i = 75$).

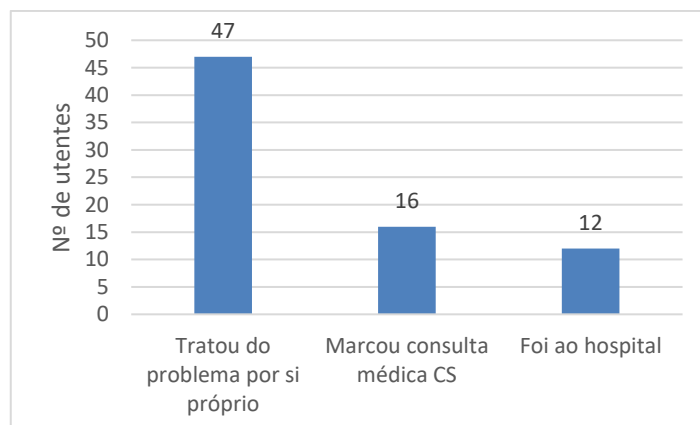
Gráfico nº 20 - Distribuição dos utentes segundo o seguimento que fizeram dos conselhos que os enfermeiros deram ao telefone



8 - O que é que fez depois de ter ligado? (Resposta espontânea dos utentes)

Relativamente ao que o utente fez depois de ter ligado para a LSP (Gráfico nº 21), observou-se que 62,7% (fi= 47), tratou do problema por si próprio com os conselhos do enfermeiro, incluindo-se aqui idas à farmácia, 21, 3% marcaram consulta no médico do Centro de Saúde e apenas 16% (fi= 12), se deslocaram ao hospital.

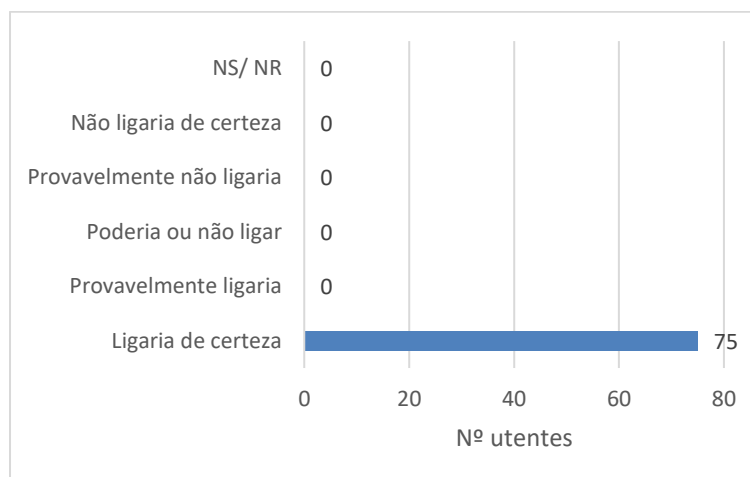
Gráfico nº 21 - Distribuição dos utentes segundo o desenvolvimento da situação após contato LSP



9 - Até que ponto voltaria a ligar? (Ligaria de certeza; Provavelmente ligaria; Poderia ou não ligar; Provavelmente não ligaria; Não ligaria de certeza; Não sabe/ Não responde)

A totalidade dos utentes (100% - fi= 75) contactados referiram que voltariam a ligar de certeza para a LSP, quando considerassem que lhes era necessário (Gráfico nº 22).

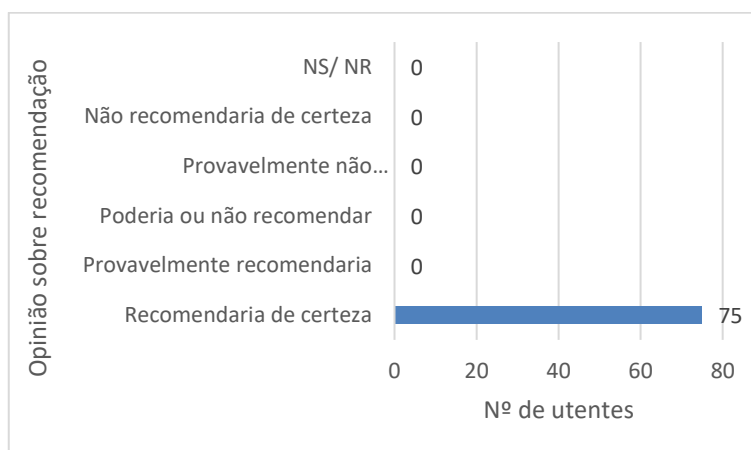
Gráfico nº 22 - Distribuição dos utentes segundo a sua opinião face a voltar a ligar para LSP



10 - Recomendaria a LSP a familiares ou amigos? (Recomendaria de certeza; Provavelmente não recomendaria; Poderia ou não recomendar; Provavelmente não recomendaria; Não recomendaria de certeza; Não sabe/ Não responde)

Também em relação à hipótese de recomendação do serviço a familiares ou amigos, a totalidade dos utentes contactados (100% - fi= 75), referiu que recomendaria de certeza o serviço (Gráfico nº 23).

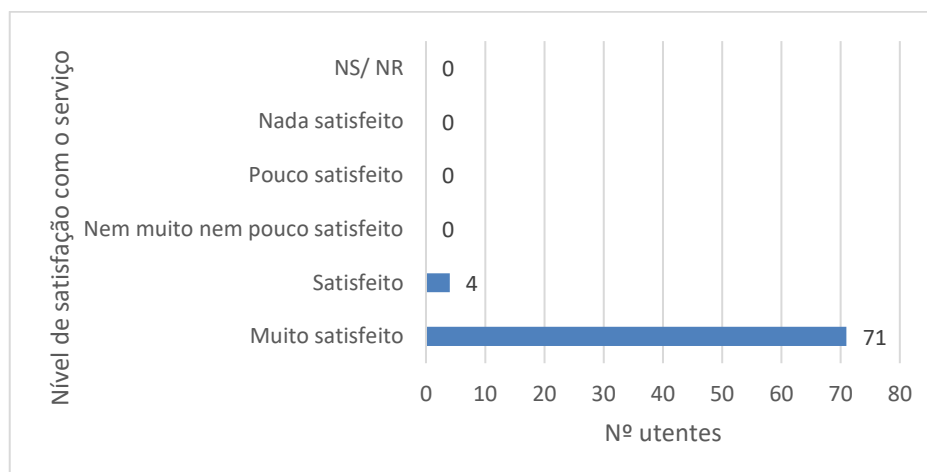
Gráfico nº 23 - Distribuição dos utentes face à opinião de recomendação do serviço



11 - Em termos globais até que ponto ficou satisfeito com o serviço prestado?

Relativamente à satisfação global com o serviço que foi prestado pelo enfermeiro da LSP no atendimento telefónico, os utentes mostraram-se muito satisfeitos (94, 7% - fi= 71) ou satisfeitos (5,4% - fi= 4), com o serviço (Gráfico nº 24).

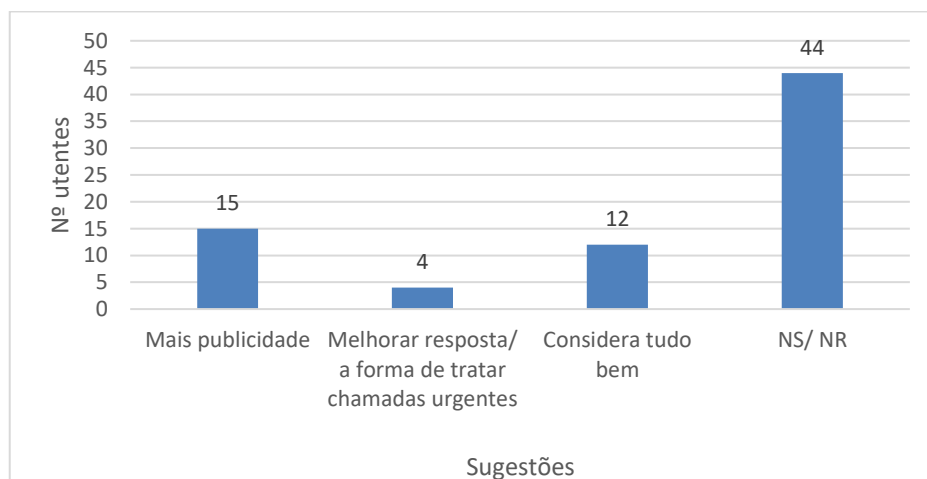
Gráfico nº 24 - Distribuição dos utentes face à satisfação global com o serviço



12 - Na sua opinião quais as áreas/ aspetos do serviço de LSP que deveriam ser melhorados?

A maioria dos utentes (58,6% - $f_i=44$) não responderam a esta questão referindo que não sabiam que aspetos a LSP poderia melhorar referindo que já faziam um trabalho muito bom. 16% ($f_i=12$), considera que está tudo bem e que não tem sugestões para melhoria do serviço (Gráfico nº 25). 5,4% ($f_i=4$) referem que deveria existir uma forma de melhorar a resposta/ forma de tratar chamadas urgentes. 20% ($f_i=15$) referem que um aspeto que poderia ser melhorado se refere à divulgação deste tipo de serviço à população em geral, com maior publicidade ao mesmo, constituindo esta sugestão 75% relativamente às opiniões de áreas a melhorar ($f_i=15$ – mais publicidade e $f_i=4$ – melhorar resposta/ forma de tratar chamadas urgentes).

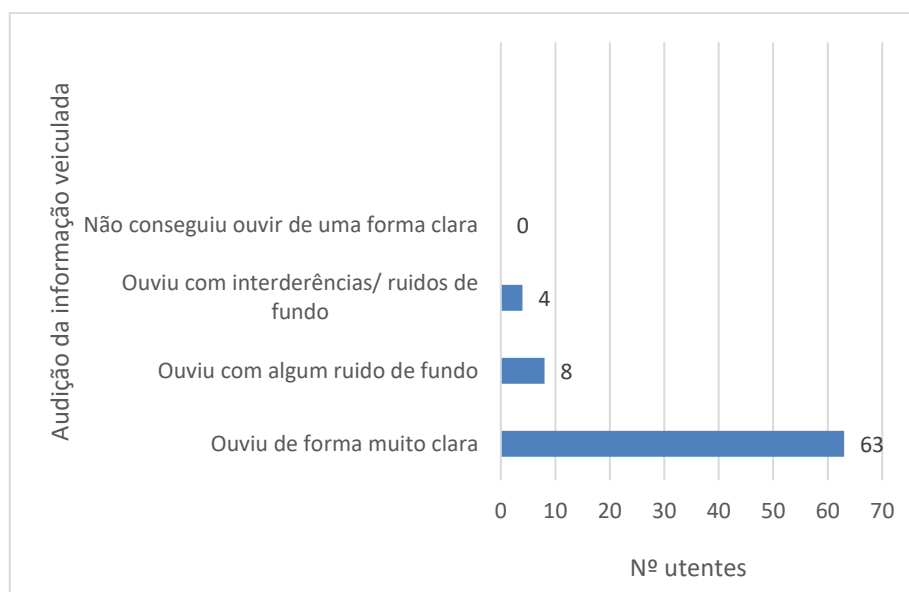
Gráfico nº 25 - Distribuição dos utentes segundo as áreas/ aspetos a melhorar no serviço LSP



13 - Até que ponto conseguiu ouvir de uma forma clara a informação que lhe foi prestada por telefone?

No que se refere à qualidade da ligação, 84% (fi= 63) dos utentes refere que ouviu de forma muito clara, 10,7% (fi= 8) refere ter ouvido com algum ruído de fundo e apenas 5,3% (fi= 4) refere que ouviu com interferências/ ruído de fundo.

Gráfico nº 26 - Distribuição dos utentes face à forma como ouviram a informação veiculada ao telefone



Após esta descrição acerca das respostas que obtivemos através do questionário telefónico, podemos concluir:

- 52% dos utentes que responderam já tinham contactado com a LSP mais do que 5 vezes;
- 89,3% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o tempo que os enfermeiros levaram para atender a sua chamada;
- 100% consideram que os enfermeiros que os atendeu foram bastante simpáticos ou muito simpáticos;
- 94,7% considera que a informação que lhe foi dada levou o tempo certo a ser veiculada;
- 84% ouviu de forma clara a informação veiculada, sem ruídos ou interferências
- 100% considera útil ou muito útil a informação que os enfermeiros lhe deram, referindo que seguiram todos os conselhos que estes lhes transmitiram;
- Após terem ligado, 62, 7% dos utentes tratou do problema por si próprio, sendo que apenas 37,3% necessitou de recorrer a serviços de saúde;

- 100% dos utentes voltaria a ligar de certeza para a LSP e também a recomendaria a familiares e amigos;
- 100% dos utentes ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço que foi prestado pelos enfermeiros da LSP.
- 75% dos utentes que referiram sugestões/ áreas com necessidade de melhoria na LSP abordaram a área da divulgação e publicidade da LSP com necessidade de ser intensificada.

Divulgação dos resultados do questionário telefónico aos enfermeiros da LSP

Como forma de divulgação dos resultados do questionário telefónico, integramos a formação para os enfermeiros da LSP (agentes de linha), intitulada: “Metodologia de avaliação da qualidade do atendimento telefónico” (Anexo IV), que ocorreu nos dias 22 e 23 de Maio, no polo Artur Ravara da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Integramos esta formação enquanto formador. Nesta formação tivemos oportunidade de apresentar formalmente o nosso diagnóstico de enfermagem efetuado no estágio I, do qual os enfermeiros participaram e já tinham conhecimento através da área reservada da sua plataforma de trabalho e apresentar também os resultados do questionário telefónico auscultando a sua perceção acerca dos mesmos, apresentando a perspetiva de continuidade do trabalho.

A receptividade por parte dos enfermeiros da LSP foi muito positiva reforçando a perspetiva que já tinham veiculado aquando do diagnóstico da necessidade de obterem feedback acerca da satisfação dos seus utentes relativamente ao seu trabalho, ficando lisonjeados com os resultados apresentados.

A perspetiva de continuidade do trabalho foi apresentada com foco central na sugestão/ área com necessidade de melhoria proposta pelos utentes: divulgar, publicitar a LSP. Enquadrado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Regulamento nº 128/2011) e especificamente na competência G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades e especificamente G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade, propusemo-nos realizar revisão sistemática da literatura no sentido de perceber que estratégias promovem a procura de informação pelas comunidades e que instrumentos se adequam à disseminação de informação deste tipo de serviço inovador.

No subcapítulo seguinte apresentamos o protocolo de pesquisa assim como os resultados encontrados no sentido da melhor evidência face à necessidade da definição de um programa de intervenção visando o desenvolvimento de competências dos enfermeiros da LSP, conducentes à satisfação do utente.

1.3.4 – Evidência face à sugestão de divulgação da LSP

Atendendo à necessidade identificada do desenvolvimento de um programa de intervenção com o objetivo do desenvolvimento de competências dos enfermeiros da LSP conducentes à necessidade de divulgação deste serviço inovador à comunidade alargada, congruente com a satisfação dos utentes da LSP, efetuamos uma revisão sistemática da literatura.

Formulamos uma questão de partida em formato PI[C]O: “Que instrumentos (I) promovem a disseminação da informação acerca da LSP (O), enquanto estratégia inovadora na comunidade (P)? a qual norteou a revisão sistemática de literatura.

Seguiu-se a pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO, em todas as bases de dados desta não utilizando quaisquer limitadores, pois com estes não se obtinham resultados.

Na base internacional *MeSH Browser*, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, foram verificados os conceitos válidos para esta pesquisa definindo-se as seguintes palavras-chave: *nursing (H02.478)*, *Information e dissemination (Lo1.143.443)* que se constituem como descritores e *instruments* que é qualifier.

Foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a obter os artigos adequados à questão de partida e ao objetivo do estudo. Como critérios de inclusão foram considerados os artigos em língua inglesa ou portuguesa, com correlação com o objeto de estudo e estudos realizados por um enfermeiro ou envolvendo enfermeiros;

Os critérios de exclusão foram baseados nos artigos com metodologia pouco clara, sem idioma em Inglês ou Português, sem resumo e documento em PDF e todos aqueles sem relação com o objeto de estudo.

Desta forma, o percurso de pesquisa e seleção dos artigos iniciou-se pela pesquisa individual das palavras-chave. De seguida, procedeu-se ao cruzamento dos conceitos da seguinte forma: *Nursing and Instruments and Dissemination and Information*. Com o cruzamento de todas as palavras-chave obtivemos 14 artigos, oriundos das bases de dados:

Cinhal Plus with Full Text, Medline with Full Text , Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Nursing and Allied Health Collection: Basic (Anexo V). Dos 14 artigos, foram eliminados 12 artigos, após a leitura do título e do resumo e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos, sendo selecionados 2 artigos de acordo com a evidência demonstrada e apreciação crítica. Os artigos selecionados, que irão servir de base para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, foram submetidos a uma classificação por sete níveis de evidência¹, de forma a ser mais perceptível a metodologia utilizada. Elaboramos dois quadros esquemáticos, dos quais consta o número de ordem do artigo, a referência do estudo, participantes, intervenções, resultados, nível de evidência e tipo de estudo (Anexo VI).

Dos resultados destaca-se a inovação como entidade tão complexa quanto os contextos em que a mesma se desenvolve, enfatizando como estratégias particularmente úteis para a divulgação de práticas inovadoras o recurso à PBE. Associa-se também a necessidade de demonstração dos benefícios com tais práticas (Price, 2006).

Paralelamente evidencia-se a importância da inovação ser valorizada tanto pela pessoa que dela usufrui como pela equipa que a promove. Afirma-se ainda a necessidade da divulgação da inovação, para a qual se torna imperioso encontrar a melhor estratégia de disseminação e de partilha de informação que deverá ser tão mais abrangente quanto a diversidade do público-alvo (Price, 2006).

A difusão da inovação é apresentada como facilitadora da mudança e para que esta se verifique todos os intervenientes deverão ser envolvidos neste processo; neste sentido o modelo de inovação e decisão (Rogers, 1995, 2003) surge como organizador legitimando a importância do programa de intervenção que apresentamos (Pearcey & Draper, 1996). Sendo que este modelo assenta em processos de comunicação e capacidades criativas de quem o dinamiza sistematizando um conjunto de fases que se constituíram como organizadoras do nosso programa de intervenção.

¹Guyatt & Rennie (2002) propõem vários níveis de evidência: Level I: Evidence from a Systematic Reviews or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees.

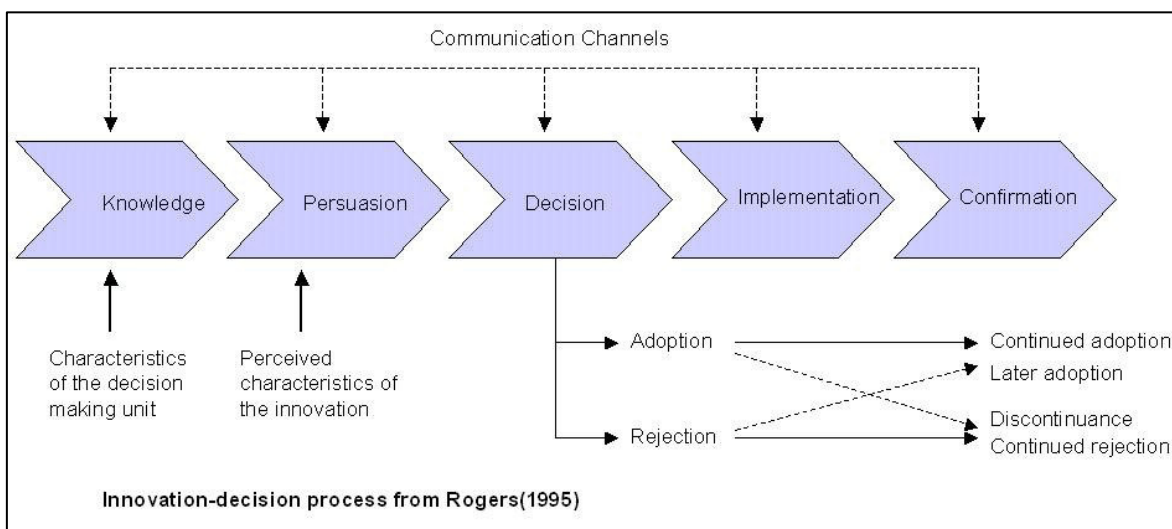
1.3.5 – Proposta de programa de intervenção face à necessidade de divulgação da LSP

Da revisão sistemática da literatura emerge o modelo de difusão de inovações de Rogers (1995, 2003), cujo objetivo central é o de acelerar o processo entre a invenção de uma inovação, considerada boa e útil por um indivíduo ou uma organização, para a restante comunidade no sentido de, que esta possa também dela usufruir. Neste modelo considera-se, que existam pessoas ou organizações, que desenvolvem algo novo – um objeto, uma ideia, uma técnica – e ao difundir esta inovação, toda a sociedade será beneficiada. Considera-se ainda, que existe uma associação grande entre a difusão de uma inovação e o desenvolvimento da sociedade, o que explica, em grande medida, o facto deste modelo ter ganho visibilidade nos anos 60, quando várias agências de desenvolvimento buscavam “transferir tecnologia” para os “países subdesenvolvidos”.

A difusão e o incentivo à adoção da inovação passam pela decisão de se iniciar a difusão da inovação junto aos potenciais adotantes, sendo esta uma das decisões mais cruciais no processo de desenvolvimento de uma inovação (Rogers, 2003). Existe ainda a responsabilidade civil de se aprovar a difusão da inovação o quanto antes, especialmente, quando o problema, ou necessidade social que ela pretende resolver é prioritário ou beneficiará os cidadãos.

O processo de difusão de uma inovação, por sua vez, tem várias etapas até chegar o momento em que o indivíduo, ou grupo, tome a decisão de adotar, ou não, a inovação. Este processo consiste numa série de ações e escolhas, avaliando e decidindo se se deve incorporar a inovação em sua prática, buscando informações para superar a incerteza. Rogers (1995) identifica as seguintes etapas: conhecimento, persuasão, decisão, implementação e confirmação (Figura nº 1), subseqüentes veiculadas segundo diferentes canais de comunicação, sendo na fase de decisão que se opta por adotar ou rejeitar a adoção da inovação. Porém Rogers evidencia que no processo de desenvolvimento de uma inovação, é essencial a decisão inicial da difusão da inovação junto dos seus potenciais adotantes.

Figura nº 1 – Representação do modelo de difusão e inovação de Rogers (1995, 2003)



Fonte: Rogers, 2003

Apresentamos de seguida, sob a forma de quadro, a definição de cada etapa do modelo de difusão de inovação (Rogers, 2003) e paralelamente o contributo de cada uma destas fases para a construção do programa de intervenção com os enfermeiros da LSP (Quadro nº1).

Quadro nº 1 – Paralelismo entre as fases do modelo de difusão de inovação e os contributos para a construção do programa de divulgação da LSP

<div>Modelo/ Programa</div> <div>Fases do modelo</div>	<div>MODELO DE DIFUSÃO E INOVAÇÃO</div>	<div>CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA</div>
<div>CONHECIMENTO</div>	<p>Entrada em contato com a inovação; só sabendo da sua existência se poderá constatar, que se necessita dela e motivar-se para a utilizar. Início para a difusão da inovação.</p>	<p>Conhecimento da necessidade de divulgar a LSP (necessidade dos utentes validada com os enfermeiros da LSP).</p>

Quadro nº 1 – Paralelismo entre as fases do modelo de difusão de inovação e os contributos para a construção do programa de divulgação da LSP (Cont.)

<div>Modelo/ Programa</div> <div>Fases do modelo</div>	MODELO DE DIFUSÃO E INOVAÇÃO	CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA
PERSUAÇÃO	Tomada de atitude em relação à inovação: favorável ou desfavorável, no sentido das suas vantagens ou desvantagens.	Recurso à RSL para identificar vantagens deste tipo de cuidados de enfermagem.
DECISÃO	Após conhecimento, compreensão de funcionamento, pós e contras, a decisão é tomada (adoção ou rejeição).	Decisão por parte do coordenador e enfermeiros da LSP da divulgação do serviço – inventariação de estratégias, com recurso à RSL.
IMPLEMENTAÇÃO	Colocação em uso da inovação; implica mudanças públicas de comportamento. Início da procura da inovação por parte dos indivíduos – como a usar; onde encontrar; que problemas na operacionalização.	Definição de fluxos e circuitos no sentido da divulgação do serviço da LSP.
CONFIRMAÇÃO	Segue-se à implementação da inovação, ocorrendo tanto a confirmação da adoção como a rejeição da inovação.	Avaliação das atividades de divulgação implementadas no sentido da sua retificação ou continuidade.

Partindo destes contributos definimos um programa de intervenção que denominamos: “Divulgar para melhor cuidar”, com os objetivos de integrar os enfermeiros da LSP na divulgação do serviço que prestam e de desenvolver estratégias fundamentadas numa PBE para a divulgação da LSP, em três fases sequenciais:

- 1ª Fase** - Apresentação do modelo de decisão e inovação aos enfermeiros da linha;
- 2ª Fase** – Constituição de um grupo de trabalho, com os enfermeiros responsáveis de cada região de saúde e coordenador da LSP;
- 3ª Fase** - Operacionalização do programa de intervenção e sua avaliação.

1.4 – AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A fase de avaliação do processo de enfermagem na comunidade envolve a apreciação dos efeitos das atividades, que foram delineadas e implementadas, podendo utilizar-se o processo de apreciar o progresso através da comparação entre objetivos e resultados (Stanhope & Lancaster, 2011). Porém a avaliação pode passar ainda pelo desenvolvimento de um desenho de estudo de investigação avaliativa e a perspetivação da sua condução, mobilizando métodos das ciências sociais no sentido de perceber se o programa foi eficaz, eficiente, adequado e apropriado (Stanhope & Lancaster, 2011).

Ressalvamos que o processo de avaliação foi orientado para a saúde da comunidade, pois a finalidade e objetivos delineados decorreram das necessidades/ problemas dos enfermeiros da LSP e dos utentes que recorrem a este serviço.

Os resultados da implementação do programa de intervenção apresentado: “Divulgar para melhor cuidar”, devem ser comparados com os dados recolhidos antes da sua implementação, sendo assim possível avaliar o nível de eficácia desta nossa proposta. Desde o início do processo de enfermagem na comunidade - enfermeiros da LSP, que se iniciou o estabelecimento de contratos/ parcerias ativas com os enfermeiros e com os utentes que usufruem deste serviço, demonstrando-se também nesta fase a sua relevância, no sentido da possível renegociação das estratégias propostas/adotadas.

Assim, e tendo em conta o referenciado anteriormente, a avaliação da nossa proposta de intervenção ocorrerá após o seu desenvolvimento, sendo que apresentamos de seguida a perspetivação da sua avaliação, com a definição dos respetivos indicadores (quadro nº 2).

Tendo em conta que um objetivo é o enunciado de um resultado desejável, é tecnicamente exequível de evolução de um problema, pode-se afirmar que o primeiro passo para a fixação de objetivos consiste na seleção dos indicadores, que melhor traduzam a dimensão desse problema (Imperatori & Giraldes, 1993).

Um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 43). Existem dois tipos de indicadores (Imperatori & Giraldes, 1993): Indicador de

impacto ou resultado que pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema e, indicador de processo ou de atividade que pretende medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado. Na nossa proposta de avaliação apresentamos indicadores de processo à exceção do último, que se considera de resultado (Quadro nº 2).

Quadro nº 2 – Objetivos e indicadores de avaliação do programa de intervenção: “Divulgar para melhor cuidar”

OBJETIVO	INDICADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar aos enfermeiros da LSP o programa de intervenção e modelo de decisão e inovação 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de enfermeiros que respondem à convocatória de reunião/ Total de enfermeiros da LSP • Nº de enfermeiros que referem ter aumentado o nível de conhecimentos/ Total de enfermeiros que participam em reunião
<ul style="list-style-type: none"> • Constituir grupo de trabalho, com enfermeiros responsáveis de cada região de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de enfermeiros que se disponibilizam para participar no grupo de trabalho/ Nº de enfermeiros de referência por região de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com recurso à RSL da evidência das vantagens deste serviço de atendimento telefónico 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de referências que apontam vantagens na utilização do atendimento de enfermagem via telefónica/ Nº total de referências encontradas
<ul style="list-style-type: none"> • Inventariar estratégias de divulgação do serviço, com recurso à RSL 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de referências que apontam estratégias de divulgação deste tipo de serviço de enfermagem/ Nº total de referências encontradas
<ul style="list-style-type: none"> • Definir fluxos e circuitos no sentido da divulgação do serviço da LSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de estratégias utilizadas nos circuitos definidos/ Nº total de estratégias e circuitos inventariados
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as atividades de divulgação implementadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de atividades realizadas / Nº de atividades delineadas • Nº de indivíduos satisfeitos com a divulgação do serviço / Nº total de utentes auscultados • Nº de enfermeiros satisfeitos com a divulgação do serviço/ Nº total de enfermeiros da LSP

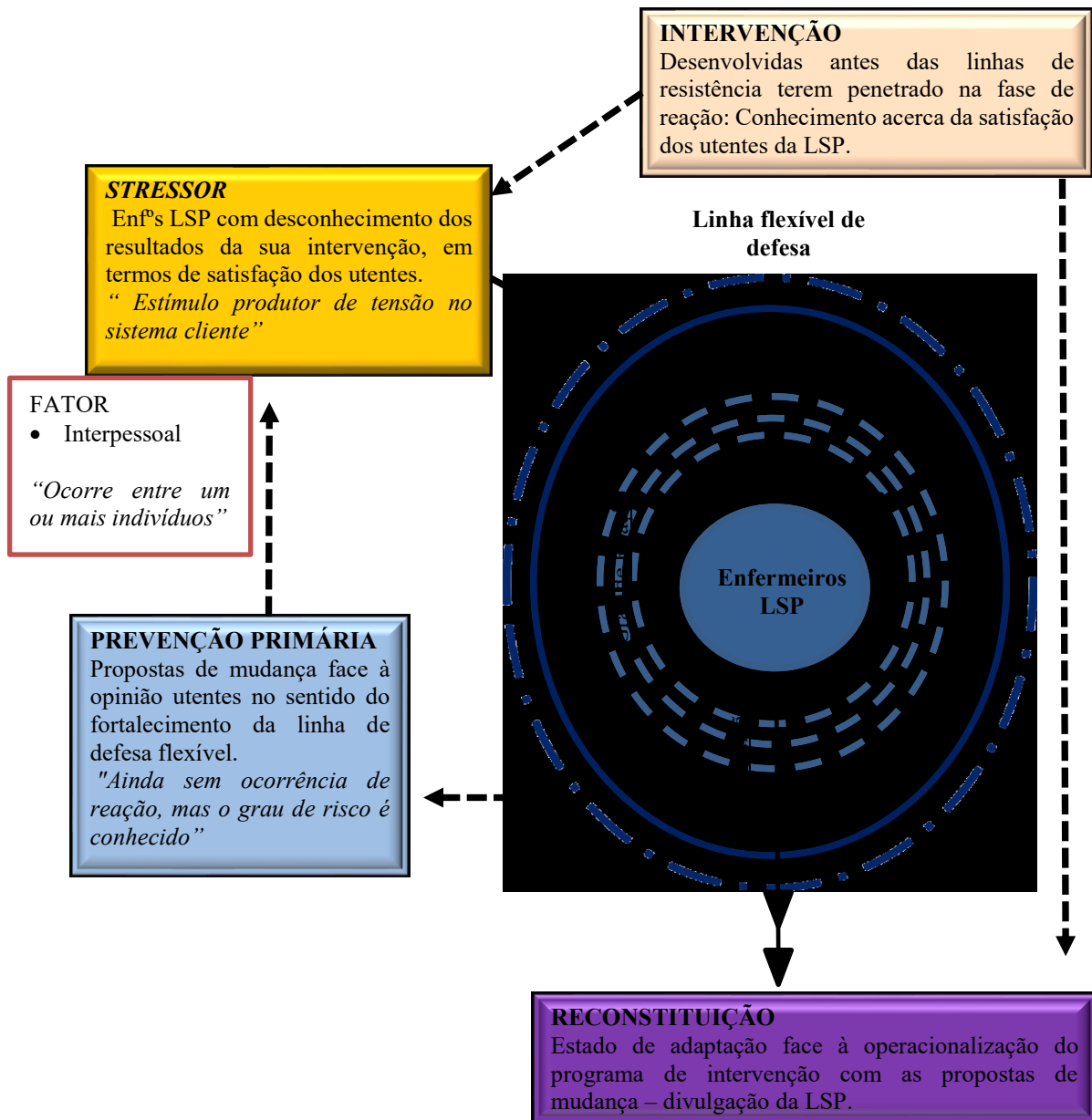
Enquadramos agora a perspetiva da nossa avaliação tendo em conta as fases do processo de enfermagem à comunidade – enfermeiros da LSP com base no Modelo teórico de Betty Neuman (Neuman, 1995), a qual apresentamos esquematicamente na figura nº 2.

O *stressor* que identificámos a partir do diagnóstico de enfermagem à comunidade, que se relacionava com o desconhecimento dos enfermeiros da LSP acerca da satisfação dos utentes que a este serviço recorrem, considerámo-lo como fator interpessoal, pois este ocorre entre os enfermeiros e a população, que a este serviço recorre. Tal *stressor* poderá ter como consequência a possível destabilização da linha flexível de defesa que tem como função defender a invasão da linha normal de defesa, evitando assim que o sistema cliente – enfermeiros da LSP, reaja.

A nossa intervenção teve como intenção a defesa desta destabilização do sistema, iniciando-se aquando do conhecimento acerca das necessidades dos enfermeiros da LSP (núcleo cliente) conhecerem a satisfação dos utentes com quem desenvolvem a prática clínica. Esta enquadra-se ainda, a um nível de prevenção primária, pois conhecíamos o *stressor*, porém, este ainda não tinha proporcionado a destabilização do sistema ou reação do núcleo, porém existia a possibilidade dessa ocorrência se verificar.

Perante a nossa intervenção, que passou por auscultar a satisfação dos utentes da LSP com o serviço que lhes foi prestado, de onde decorreu a sugestão para melhoria do serviço, a necessidade da sua divulgação enquanto inovação, desenvolvemos um programa de intervenção nesta área – divulgação da inovação. Assim, pretendemos, que com o desenvolvimento deste programa de intervenção exista um estado de adaptação dos enfermeiros da LSP e utentes, face à resposta apresentada no sentido de corresponder às suas necessidades.

Figura nº 2 – Contextualização da intervenção efetuada e perspetivação da sua avaliação



Adaptado de Betty Neuman in Tomey e Alligood, 2004

Dando continuidade a este projeto, agora num contexto de mestrado, consideramos pertinente impulsionar o mesmo, tendo como foco a satisfação, pelo que enveredámos por uma pesquisa documental, tendo por base os documentos disponibilizados na área da qualidade e segurança no *site* oficial da DGS, que se constituiu numa matriz orientadora da análise crítica, que apresentamos no capítulo seguinte.

2 – DA PESQUISA DOCUMENTAL À ANÁLISE CRÍTICA

A pesquisa documental é um procedimento que permite a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos, desenvolvendo novas formas de compreender os fenómenos em estudo (Kripka, Scheller, & Bonotto, 2015); de acordo com (Bardin, 2011), a análise documental tem como objetivo apresentar o conteúdo de um documento sob a forma diferente do original, facilitando a respetiva consulta.

Considerando o objetivo de analisar a documentação existente no *site* da DGS – Departamento da Qualidade e Saúde, identificámos e seleccionámos os documentos tendo como foco a monitorização da satisfação, enquanto indicador de qualidade em saúde; o acesso aos documentos foi realizado a partir do *site* garantindo-se assim a qualidade das fontes em análise.

Ao analisarmos o desenvolvimento de uma Política Nacional para a Qualidade na Saúde por parte da DGS, confrontamo-nos em 1ª linha com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/ 2015), com a qual se pretende garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, na qual se identificavam, de entre os principais problemas, a escassa cultura de qualidade, propondo-se à data o desenvolvimento de algumas estratégias, das quais se destacam a “mudança centrada no cidadão” e a estratégia “reorientar o sistema de saúde – qualidade em saúde” (Despacho n.º 14223/ 2009). Atualmente, a estratégia proposta visa garantir o alinhamento das funções de governação, coordenação e ação local, centradas no cidadão, valorizando-se a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a segurança, a equidade, a adequação, a continuidade e o respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio; o Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, que determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde.

A relevância da governação clínica, numa perspetiva global da saúde, traduz processos relacionados com um mandato explícito de saúde, provenientes da Organização

Mundial de Saúde; como contributos para aquela governação global, emergem mecanismos estabelecidos a nível nacional e regional, tais como estratégias nacionais de saúde global ou estratégias regionais para a saúde global (Kickbush & Szabo, 2014).

Neste enquadramento Ferreira e Raposo (2006) sistematizam os *nove princípios* da boa governação das Nações Unidas, os quais, atendendo ao seu carácter praticamente universal, podem ser utilizados para balizar a boa governação nas organizações:

- 1) Participação** – todos devem ter voz nos processos de tomada de decisão, quer diretamente, quer através de instituições, que representam as suas intenções. Esta participação alargada é baseada na liberdade de associação e expressão, bem como na capacidade de participar de forma construtiva;
- 2) Orientação de consensos** – mediar diferentes interesses de modo a atingir um consenso alargado naquilo que é o melhor interesse do grupo e, quando possível, nas políticas e nos procedimentos;
- 3) Visão estratégica** – perspectiva de longo prazo, tendo em conta os aspetos históricos, culturais e as complexidades em que a perspectiva é baseada, na boa governação e no desenvolvimento humano, tendo em conta o que é necessário para tal desenvolvimento;
- 4) Resposta** – as instituições e os processos tentam servir todos os interessados;
- 5) Efetividade e eficiência** – os processos e as instituições produzem resultados que satisfazem as necessidades tendo em conta a melhor utilização possível dos recursos;
- 6) Prestação de contas/responsabilização** – os agentes de decisão (governo, setor privado, setor civil) são responsáveis perante a população bem como perante os interessados institucionais;
- 7) Transparência** – os processos, as instituições e a informação estão disponíveis para aqueles, que com eles estejam preocupados. É fornecida informação suficiente para os entender e monitorizar (fluxos livres de informação);
- 8) Equidade** – todos têm oportunidades de se envolverem nos processos de decisão para melhorar e manter o seu bem-estar;
- 9) Primado da lei** – o enquadramento legal deve ser justo e imparcial, particularmente as leis dos direitos humanos.

Com base nestes princípios, que se constituíram na matriz de análise, sistematizamos o quadro nº 3 cada princípio enquanto palavras plenas, constituindo-se as características definidoras de cada um deles como indicadores dessas palavras plenas.

Quadro nº 3- Características definidoras dos nove princípios da boa *governance*

Nove princípios de boa <i>governance</i>	Princípios	Indicadores
	1- Participação	Participação alargada (direta/indireta) nos processos de tomada de decisão; Liberdade de associação e expressão; Capacidade de participação construtiva;
	2- Orientação de consensos	Mediação/consenso alargado de interesses; Interesse do grupo /políticas/ procedimentos;
	3- Visão estratégica	Perspetiva complexa, histórica e cultural; Perspetiva baseada na boa governação/desenvolvimento humano;
	4- Resposta	As instituições e os processos tentam servir todos os interessados;
	5-Efectividade e eficiência	Avaliação de processo - melhor utilização possível dos recursos; Avaliação de resultado - resultados que satisfazem as necessidades;
	6- Prestação de contas/responsabilização	Responsabilidade dos agentes de decisão (governo, sector privado, sector civil) para com a população e/ou interessados institucionais;
	7- Transparência	Fluxos livres de informação: entender/monitorizar os processos;
	8- Equidade	Igualdade de oportunidades /envolvimento nos processos de decisão melhorar e manter o bem-estar;
	9- Primado da lei	Enquadramento legal: justo e imparcial, leis dos direitos humanos;

Analisámos as orientações no âmbito da Política Nacional para a Qualidade na Saúde propostas pela DGS, que explicitamos nos quadros seguintes, seguindo-se uma análise crítica de acordo com os resultados obtidos no nosso estágio.

No quadro nº 4 procedemos à análise documental pela presença, ausência, não aplicação ou não clarificação daqueles princípios nos documentos emanados pela DGS.

Ao procurarmos identificar os princípios da boa *governance* nos documentos em apreço, podemos afirmar, que os mesmos se encontram globalmente presentes; no entanto, constatamos, que a forma de participação das pessoas nos processos de tomada de decisão, nem sempre está claramente definida, aspeto que se reveste da maior importância quando olhamos a pessoa numa procura constante, numa contínua diferenciação e complexificação sistémica, conducente ao seu equilíbrio e sobrevivência (Neuman, 1995).

Da mesma forma, também nem sempre estão claras as estratégias definidas para a avaliação da efetividade e eficiência, nomeadamente, a nível da formulação de indicadores tradutores dos resultados produzidos nos processos e nas pessoas. Tais indicadores contribuiriam para que a reação das linhas flexíveis de defesa, aumentasse a capacidade de resposta da pessoa (Neuman, 1995).

Quadro nº 4 – Identificação dos princípios da boa *governance* nos documentos da DGS

Nove princípios de boa governação	Documentos Princípios/	Visibilidade nos documentos consultados no site da DGS				
		Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020	Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde	Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde	Comissões da Qualidade e Segurança
	1- Participação	P	NA	NA	NC	P
	2- Orientação de consensos	P	NA	NA	NA	NA
	3- Visão estratégica	P	P	P	P	P
	4- Resposta	P	P	P	NC	P
	5- Efectividade e eficiência	P	NC	NA	NA	NC
	6- Prestação de contas/responsabilização	P	P	NA	P	P
	7- Transparência	P	NA	P	P	NC
	8- Equidade	P	P	P	P	P
	9- Primado da lei	P	P	P	P	P

Legenda- P (presente); A (ausente); NA (não se aplica); NC (não está claro)

Ao analisarmos os resultados, que obtivemos no estágio, constatamos, que apontam para níveis ótimos de participação, quer de utentes quer de enfermeiros, que se consideram satisfeitos perante a resposta e funcionamento da LSP, sendo que os utentes consideraram que a mesma não estava suficientemente divulgada. Neste sentido, consideramos possível, que o princípio da participação possa ser equacionado com base nos contributos de nível operacional, que possam ajudar à definição de indicadores tradutores de uma perspetiva mais ou menos alargada da participação (direta/indireta) das pessoas nos processos de tomada de decisão. Paralelamente, a nível estratégico, emerge a necessidade de uma maior clarificação das formas de participação nos documentos identificados, para que as pessoas os possam decodificar facilmente, independentemente do seu nível de literacia em saúde. Tal conceção

aponta para a consideração da pessoa como um sistema aberto, dinâmico, em constante troca de energia com o seu meio ambiente (Neuman,1995), com a capacidade de ser permeável na procura ou na manutenção de um equilíbrio entre vários fatores, que poderão ser internos ou externos.

A necessidade de divulgação, por sua vez, remete para outro princípio de *governance*, que se prende com a transparência, com o desenvolvimento de fluxos livres de informação, com a capacidade de entender e monitorizar os processos. Estando este princípio de uma forma global presente nos documentos emanados, consideramos relevante equacionar a possibilidade da valorização da influência destas linhas orientadoras para o desenvolvimento operacional de estratégias de divulgação. Numa linha de planeamento estratégico, importa fomentar o desenvolvimento da divulgação nos diferentes contextos da comunidade (escola, trabalho, entre outros).

Tais estratégias de divulgação poderão constituir-se como fatores extra pessoais, pertencentes ao ambiente externo, que interferem de forma positiva e vão reforçar as linhas internas de resistência do sistema pessoa (Neuman, 1995), sendo as eventuais orientações dos profissionais de saúde consideradas segundo a mesma conceção, constituindo-se numa das sugestões emergentes da nossa análise, na qual o enfermeiro com formação especializada em enfermagem comunitária poderá dar um contributo efetivo.

Ao analisarmos o manual de qualidade vigente para esta tipologia de serviços (LSP) apresenta uma visão estratégica relativamente à divulgação, não estando, no entanto, totalmente explícito no mesmo que a divulgação tem que ser pública e transparente.

Relativamente à satisfação, a análise efetuada também nos permitiu clarificar que a mesma poderá ser implementada por via de outro princípio para além da efetividade, nomeadamente pela orientação de consensos, pois pelos resultados obtidos não se poderá afirmar que exista um consenso alargado relativo à perspetiva dos enfermeiros e utentes face à satisfação. Neste âmbito, o estudo produzido pela DGS (2015) revela que o nível de satisfação geral com a prestação de cuidados de saúde é globalmente bastante elevado; ainda assim, cerca de 38,6% das pessoas considera, que o sistema de saúde (sectores público e privado) necessita de mudanças ou ajustamentos, muito embora não os tenham especificado.

Confrontados com a lista de indicadores para monitorização da qualidade (Despacho nº 5739/2015), confirmamos a inexistência de indicadores relativos à satisfação face ao atendimento/prestação de cuidados de enfermagem. Neste documento, assume-se simultaneamente ser da responsabilidade da DGS a avaliação da necessidade de revisão de indicadores e da divulgação de orientações sobre os mesmos.

Tais premissas são conducentes ao aperfeiçoamento e ajustamento previstos por Deming (1990) visando a melhoria contínua e gradativa dos processos relacionados com a monitorização da qualidade em saúde, assegurando a satisfação das pessoas. Na mesma linha, Silva (2009) afirma que os padrões de qualidade de uma organização devem representar uma preocupação, traduzindo a intenção de monitorização a partir da identificação da satisfação dos utentes, mobilizando o ciclo de Deming.

Retratamos desta forma, a perspetiva da constante interação entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, que é por conseguinte, um tronco comum neste percurso, uma vez que suporta conceptualmente esta constante interação e ajuda na compreensão dos resultados encontrados (Neuman, 1995)

A reflexão produzida, neste percurso de mestrado, permite-nos sugerir a necessidade emergente da definição estratégica de indicadores de qualidade naquele âmbito, dimensão que constitui relevante no desenvolvimento de competências especializadas.

3 – SISTEMATIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O mestrado em enfermagem comunitária permite o desenvolvimento da capacidade reflexiva e aprofundamento do conhecimento em enfermagem, proporcionando ao estudante uma visão integrada dos problemas de saúde numa perspetiva sistémica e ecológica. Desta forma, no âmbito do mestrado, o aprofundamento das competências do EEEEC promove a capacidade da prestação de assistência especializada ao indivíduo, família, grupos e comunidade, direcionados para as áreas de especialização em Enfermagem Comunitária.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária possui competências conceptuais e técnicas que lhe permitem efetuar planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar (...) nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades (...) no sentido da resolução de problemas identificados (Regulamento nº 128/2011).

Para além das competências já desenvolvidas aquando das fases de diagnóstico e projeto, que já se constituíram em objeto da nossa reflexão, pretendemos neste momento refletir particularmente nos contributos face ao percurso pós-licenciatura e de mestrado em enfermagem comunitária que passaremos a apresentar no quadro seguinte (Quadro nº 5).

Quadro nº 5 – Contributos para o desenvolvimento de competências do EEEEC e de saúde pública

Unidades de competências do EEEEC e de saúde pública	Critérios de avaliação face ao percurso desenvolvido	
	CPLEEC	CMEC
<p>G1.4</p> <p>Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Com a apresentação do modelo de decisão e inovação aos enfermeiros da linha e a proposta da constituição de um grupo de trabalho, com os enfermeiros responsáveis de cada região de saúde e coordenador da LSP, <i>promovemos o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções</i> e simultaneamente a <i>mobilizar o responsável organizacional</i> da LSP para <i>intervenções em problemas de saúde complexos</i>. Com o recurso à RSL para identificar vantagens deste tipo de cuidados de enfermagem, <i>disponibilizamos informação baseada na evidência científica que suporte as decisões</i> em saúde do responsável organizacional da LSP. 	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados da análise documental realizada no Estágio e Relatório demonstram a capacidade do enfermeiro na <i>mobilização dos responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos</i> ao nível do planeamento estratégico, no que se refere à qualidade em saúde. As sugestões apresentadas, baseadas em evidência científica constituem informação disponível de eventual suporte à tomada de decisão.
<p>G1.5</p> <p>Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Com a definição de indicadores de avaliação do nosso programa, <i>monitorizamos a eficácia</i> do mesmo e <i>sistematizamos indicadores de avaliação</i> que se poderão constituir <i>pertinentes na tomada de decisão</i> em saúde do responsável organizacional da LSP. 	<ul style="list-style-type: none"> A sistematização de indicadores relativos à visibilidade dos princípios da <i>boa governance</i> a partir dos documentos do <i>site</i> da DGS, poderão <i>contribuir para a tomada de decisão política</i>.

Quadro nº 5 – Contributos para o desenvolvimento de competências do EEEEC e de saúde pública (Cont.)

Unidades de competências do EEEEC e de saúde pública	Critérios de avaliação face ao percurso desenvolvido	
	CPLEEC	CMEC
G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas	<ul style="list-style-type: none"> Com o programa apresentado, desenvolvemos <i>capacidades de conceção e planeamento de programas de intervenção no âmbito da promoção da saúde em diferentes contextos</i>, tendo em conta o diagnóstico realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidade de mobilização da Gestão, nomeadamente do planeamento estratégico, para a análise reflexiva efetuada no âmbito da qualidade em saúde/satisfação do cidadão.
G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Com a utilização do Modelo de inovação da inovação, desenvolvemos <i>conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde</i>; aquele modelo permitiu ainda identificar <i>instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação</i>; simultaneamente desenvolvemos <i>capacidades de utilização de abordagens ativas na definição de estratégias de promoção para a saúde</i> com os enfermeiros da LSP. Com a mobilização do modelo de Neuman como fio condutor ao desenvolvimento e análise do percurso, desenvolvemos a capacidade de usar <i>modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> A análise crítica efetuada tendo como base os documentos oficiais disponibilizados no <i>site</i> da DGS, referentes à qualidade em saúde, proporcionaram o desenvolvimento da capacidade de gerir a informação em prol da capacitação/ satisfação do cidadão nas decisões políticas A definição de indicadores poderá contribuir para o desenvolvimento de <i>instrumentos inovadores e adequados à disseminação e adequação da informação</i> ao cidadão. A análise documental efetuada demonstra a capacitação do cidadão <i>na busca de informação</i> que permitirá o seu maior envolvimento no desenvolvimento estratégico.

Terminando esta reflexão, gostaríamos de salientar o contributo desta experiência na senda da atuação específica do enfermeiro especialista, na procura da excelência visando os mais elevados níveis de satisfação das pessoas, por nos ter ajudado a desenvolver capacidades de otimização de fluxos com vista à maximização da satisfação de grupos e comunidades.

Na continuidade do desenvolvimento e implementação do programa de intervenção delineado, com a nossa colaboração, referimos a divulgação do nosso trabalho em comunicação oral em Congresso Nacional de Saúde Pública - 2014 (Anexo VII). Fomos ainda convidados a apresentar o trabalho desenvolvido no Encontro de Unidades de Saúde Pública da Ordem dos Enfermeiros – 2015 (Anexo VIII), demonstrando-se assim a sua pertinência e continuidade.

4 – CONCLUSÃO

As instituições de saúde atualmente devem ter a capacidade de planejar os cuidados atendendo às necessidades da sua população alvo, mas também à sua opinião acerca dos cuidados que lhe são prestados. Ao avaliarmos a satisfação dos utentes sobre os serviços, que lhe são prestados, estamos cada vez mais a envolvê-los nos cuidados, pois como pressuposto todas as estratégias para melhorar a qualidade deverão ter como centro de atenção utente, as suas necessidades e opiniões (Ribeiro A. , 2003).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, sendo fundamental a sua avaliação face aos cuidados, que lhe são prestados e disponibilizados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Seguindo uma metodologia descritiva e analítica, apresentámos as atividades desenvolvidas, os objetivos e as estratégias definidas para a sua concretização, assim como as competências adquiridas no decorrer deste percurso, refletindo acerca das diferentes etapas e o seu contributo para o nosso crescimento pessoal e profissional.

O nosso percurso em termos de intervenção passou numa primeira fase pela perceção da satisfação dos utentes, apresentação desses dados aos enfermeiros e posterior delineamento de programa de intervenção junto dos mesmos, face à necessidade evidenciada de maior divulgação do serviço da LSP.

Procurámos assim explicitar a natureza dos cuidados de enfermagem com enfoque à satisfação do cliente como indicador de qualidade, pelo que na nossa interação com o grupo alvo, respeitámos crenças e valores, procurámos empatia e estabelecemos parcerias, otimizámos redes de suporte e fluxos de informação e recursos, com vista à maximização da satisfação do grupo e comunidade.

Assim, as conclusões deste estudo emergem dos objetivos delineados, do enquadramento teórico, do estágio desenvolvido e da reflexão e análise dos resultados obtidos na revisão sistemática da literatura, que conduziram à nossa intervenção. De salientar que, embora não se possa generalizar estas conclusões para outros contextos populacionais, não se deve invalidar a importância dos mesmos, devendo estes dados serem mobilizados no contexto onde foi desenvolvido o estudo, funcionando assim, como uma mais-valia para

enfermeiros da LSP e seus utentes. Consideramos o programa de intervenção delineado ajustado ao tipo de trabalho e aos objetivos propostos na unidade curricular estágio II, pois o percurso desenvolvido neste sentido, permitiu-nos desenvolver competências na área da especialização da enfermagem comunitária e de saúde pública e no âmbito da prática baseada na evidência, a qual permitiu a identificação do conhecimento mais atualizado acerca das etapas face à divulgação de uma inovação.

O estágio II permitiu o desenvolvimento da nossa identidade, enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública numa aproximação da teoria à prática. No contexto da LSP, consideramos ter criado novas condições para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes da linha, assim como correspondemos a uma necessidade identificada pelos enfermeiros, constituindo-se também como uma realização pessoal.

Dos contributos do nosso percurso de mestrado, destacamos os que se prendem com as implicações da nossa reflexão para a operacionalização dos cuidados prestados na LSP, contribuindo para a visibilidade profissional do enfermeiro neste contexto institucional; na intervenção com os enfermeiros, na qual se desenvolveu também a respetiva formação e na assessoria em enfermagem, pela colaboração deste relatório para o desenvolvimento de um programa de promoção da melhoria contínua dos cuidados da DGS. Salientam-se ainda para a área da gestão em enfermagem, os contributos da reflexão em torno das políticas de saúde, e para a investigação, pela transferência e divulgação do conhecimento produzido e pela revelação de um novo espaço de interesse para a investigação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Biscaia, A., Gonçalves, I., Ferrinho, P., Carreira, M., Antunes, A., & Martins, J. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões culturais editora.
- Deming, E. (1990). *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.
- Despacho nº 14223/ 2009. (s.d.). Estratégia Nacional para a Qualidade - 2009-2014. Diário da República, 2.ª série — N.º 120.
- Despacho nº 5613/ 2015. (s.d.). Estratégia Nacional para a qualidade 2015-2020. Diário da República, 2.ª série — N.º 102. Obtido de www.dre.pt
- Despacho nº 5739/2015. (s.d.). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde – Determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 104.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Estudo da satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português*. Obtido em junho de 2017, de www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/estudo-de-satisfacao-dos-utentes-do-sistema-de-saude-portugues-.aspx
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Relatório de atividades da LSP no ano 2013*. Lisboa: DGS.
- Donabedian, A. (Nov de 1990). The seven pillars of quality. *Arch. Pathol Lab Med*, pp. 1115-1158.
- Duarte, I., & Ferreira, D. (abr-jun de 2006). Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Revista de administração em saúde*, 8 (31), pp. 63-70.
- Ferreira, P., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 285-296.
- Guyatt, G., & Rennie, D. (2002). *Users guides: essentials of evidence-based clinical practice*. Chicago, IL: American Medical Association.
- Imperatori, E. (1999). *Mais 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Obras avulsas.
- Kickbush, I., & Szabo, M. (2014). A new governance space for health. *Golb Health Action*, 7, pp. 154-165.
- Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, M. (julio-diciembre de 2015). Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caraterização. *Revista de investigaciones*, pp. 55-71.
- Lei nº 111/ 2009. (s.d.). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série — N.º 180.
- Linha de Saúde Pública. (2014). Bases de dados chamadas telefónicas janeiro a abril 2014. Lisboa.
- McIntyre, T., Pereira, M., & Soares, V. (2002). *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região*. Porto: CCR-N.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (Third Edition ed.). USA: Library of Congress.
- OMS. (1998). Qualità dei servizi sanitari. *Quaderni di sanità pubblica*, 57, pp. 4-36.
- OMS. (2000). *Client Satisfaction Evaluations*. MSD/MSB .
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pearcey, P., & Draper, P. (1996). Using the diffusion of innovation model to Influence practice, a case study. *Journal of Advanced Nursing*, 23, pp. 714-721.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Price, B. (Nov de 2006). Strategies to explore innovation in nursing practice. *Nursing Standard*, pp. 48-55.
- Regulamento nº 128/2011. (s.d.). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Obtido de www.dre.pt
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem .

- Ribeiro, A. (Março de 2008). Percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, pp. 53-60.
- Rice, R. (2004). Da telesaúde aos telecuidados: implicações para a prática clínica. Em R. Rice, *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação* (3ª ed., pp. 509-520). Loures: Lusociência.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: Free Press.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Rosa, M., Coelho, A., & Silva, A. (2014). *Diagnóstico de enfermagem na comunidade - enfermeiros da Linha de Saúde Pública DGS. 4º Curso de Especialização em enfermagem comunitária*. Santarém.
- Silva, M. (2009). *Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade*. Aveiro: Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de saúde centrados na população* (7ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Titler, M. (2006). *Developing an evidence-based practice* (6th ed.). St Louis: Mosby.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teorias de enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de intervenção: “Satisfação dos utentes atendidos pelos enfermeiros da LSP da DGS”

ANEXO II – Questionário de satisfação da DGS

ANEXO III – Pedido de autorização para utilização de questionário de satisfação de
utentes da DGS

ANEXO IV - Programa da formação: “Metodologia de avaliação da qualidade do atendimento telefónico”

ANEXO V - Cruzamento das palavras-chave por base de dados

ANEXO VI - Análise dos artigos seleccionados na RSL

ANEXO VII - Comprovativo de comunicação em Congresso Nacional de Saúde Pública –
2014

ANEXO VIII – Programa do Encontro das Unidades de Saúde Pública - Ordem dos
Enfermeiros – Secção Regional Sul



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM



4º CURSO PÓS LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

SATISFAÇÃO DOS UTENTES

ATENDIDOS PELOS
ENFERMEIROS DA LINHA SAÚDE PÚBLICA DGS

Estudante

Marta Rosa nº 120441001

Professora Orientadora

Isabel Barroso

Enfermeiros cooperantes

Sérgio Gomes

Pedro Branco

Lisboa

março

2014

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DGS - Direção-Geral da Saúde;

EEEC – Enfermeiro Especialista Enfermagem comunitária

LSP- Linha de Saúde Pública

OE - Ordem dos Enfermeiros;

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences;

INDICE

f.

INTRODUÇÃO	6
1 – SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE	8
2 - SATISFAÇÃO DOS UTENTES ATENDIDOS PELOS ENFERMEIROS LSP ..	10
2.1 – PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO DE ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES – LSP	12
2.2 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	13
2.2.1 - Seleção de amostra de utentes para avaliação da satisfação	14
2.3 – QUESTÕES ÉTICAS	15
3 – PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR	16
4 – NOTA CONCLUSIVA.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXOS	20
ANEXO I – Questionário SUCECS₂₆ - Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde)	21
ANEXO II - Cronograma de atividades a desenvolver ao longo do Estágio	22

INDICE GRÁFICOS

f.

Gráfico nº 1 - Caracterização da percepção dos enfermeiros da LSP relativamente à necessidade de avaliação da satisfação da população atendida	10
Gráfico nº 2 - Caracterização da percepção dos enfermeiros relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP	11
Gráfico nº 3 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013	14

ÍNDICE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 - Dimensões da escala SUCECS ₂₆ e itens avaliados em cada uma delas	12
Quadro nº 2 - Plano de atividades a desenvolver no Estágio	16

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção encontra-se integrado no desenvolvimento do Estágio I do 4º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

No diagnóstico de enfermagem na comunidade desenvolvido com os enfermeiros da LSP, foram identificadas necessidades face ao desenvolvimento da sua atividade profissional, nomeadamente no atendimento telefónico dos utentes no âmbito da LSP.

Uma das necessidades identificadas centra-se na importância, atribuída pelos enfermeiros da LSP, à necessidade de avaliar a satisfação dos clientes com o serviço prestado neste âmbito.

Esta necessidade centra-se na necessidade de avaliação da qualidade, preocupação atual e crescente no contexto da prestação de cuidados de saúde, sendo a satisfação dos utentes considerada um dos seus indicadores.

As instituições de saúde atualmente devem ter a capacidade de planear os cuidados atendendo às necessidades da sua população alvo, mas também à sua opinião acerca dos cuidados que lhe são prestados. Ao avaliarmos a satisfação dos utentes sobre os serviços que lhe são prestados estamos cada vez mais a envolvê-los nos cuidados, pois como pressuposto todas as estratégias para melhorar a qualidade deverão ter como centro de atenção utente, as suas necessidades e opiniões (Ribeiro, 2003).

Partindo destas premissas, avançamos para a construção deste projeto, no contexto do atendimento LSP, indo ao encontro de uma necessidade identificada e reconhecida pelos enfermeiros – satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem prestados no atendimento LSP, como fundamental para o desenvolvimento da sua atividade profissional. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, sendo fundamental a sua avaliação face aos cuidados que lhe são prestados e disponibilizados (OE, 2001).

Assim, procurando dar resposta ao objetivo proposto para desenvolver na Unidade Curricular Estágio: “Planear o projeto de intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar. São objetivos do presente documento:

- Apresentar o Projeto de Intervenção aos enfermeiros da LSP tendo em conta os recursos disponíveis, no sentido da sua integração na operacionalização do mesmo.
- Definir a estratégia operacional de acordo com os dados obtidos no diagnóstico de saúde efetuado relativo à necessidade de avaliar a satisfação dos utentes atendidos na LSP da DGS.
- Construir um Instrumento de Avaliação da Satisfação dos utentes da LSP, a partir de indicadores validados com os pares.
- Validar indicadores de qualidade a integrar no Instrumento de Avaliação da Satisfação dos utentes da LSP
- Apresentar o Projeto de Intervenção aos enfermeiros da LSP tendo em conta os recursos disponíveis, no sentido da sua integração na operacionalização do mesmo.
- Desenvolver um programa de intervenção visando o desenvolvimento de competências conducentes à satisfação do utente

Seguindo uma metodologia descritiva e analítica, o presente documento inicia-se com a contextualização da temática. Segue-se a descrição dos procedimentos metodológicos e seguidamente integrar-se-á a apresentação dos resultados. No último capítulo será enquadrada a análise e discussão dos resultados obtidos após este projeto.

Ponderamos ainda a possibilidade de recurso à revisão sistemática da literatura, uma vez que a mesma se constitui um instrumento valioso que permite uma abordagem crítica integrada no conhecimento científico partindo de uma questão clínica relevante, permitindo assim de recolher a melhor evidência face ao problema apresentado e à área selecionada, sendo que os contributos da evidência recolhida poderão ainda ser transportados para o ensino clínico, no decorrer do desenvolvimento deste projeto.

1 – SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A qualidade é compreendida como a comparação entre o nível de cuidados desenvolvidos em comparação com o nível desejado de cuidados que foi planeado (OMS, 1988). Compreende-se assim que o conceito de qualidade não pode ser entendido por todos do mesmo modo, nem ao mesmo nível, dependendo do desenvolvimento da população, sendo os cuidados prestados diferenciados consoante as suas necessidades.

A qualidade dos cuidados relaciona-se sempre com os objetivos a que nos propomos para intervir com cada população específica atendendo às suas condições económicas e o seu grau de desenvolvimento (Imperatori, 1999).

Ao avaliar a qualidade em saúde, deve considerar-se a vertente técnica à qual se associa o conhecimento científico e tecnológico e como estes são aplicados nos cuidados de saúde e a vertente humana que inclui o atendimento às necessidades pessoais dos utentes (Ferreira, 2006)

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde constitui-se hoje como preocupação das instituições de saúde, aleado à crescente exigência e expetativas que os cidadãos possuem relativamente à efetividade dos cuidados que lhe são prestados. Os resultados decorrentes da avaliação da qualidade dos cuidados podem contextualizar-se em mudanças relacionadas com os comportamentos e conhecimentos, bem como satisfação dos utentes decorrente dos cuidados que lhe são prestados. (Biscaia et al, 2008).

A procura da satisfação, se por um lado dá voz aos utentes no sentido da manifestação da sua opinião acerca dos cuidados de que foram alvo, funciona também como indicador de qualidade dos cuidados.

Nesta perspectiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre et al., 2002).

A satisfação do utente constitui-se como indicador da qualidade, pois reflete a visão dos seus utilizadores relativa ao processo de cuidados que foram alvo, assim como do paralelismo dos resultados obtidos com as suas expetativas (Ribeiro, 2008).

De entre os três componentes da qualidade dos cuidados enunciados por Donabedian (1980) – componente técnica, a relação interpessoal e as amenidades – a satisfação do utente pode constituir-se como fator essencial na avaliação da qualidade dos cuidados, quer na área interpessoal quer no âmbito das amenidades.

São estabelecidos por Donabedian “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Ao analisar estes conceitos, o da aceitabilidade e da legitimidade são os que mais relacionam com as expectativas e satisfação dos utentes. A aceitabilidade relaciona-se com a adaptação dos cuidados aos desejos e expetativas do utente e das suas famílias e a legitimidade é considerada a aceitabilidade do cuidado na forma como é visto pela comunidade ou a sociedade em geral. Donabedian (1980) refere que a satisfação do utente é uma medida da qualidade dos cuidados, porque nos dá o feedback acerca do sucesso dos cuidados dos prestadores em relação às expectativas dos utentes. “A medida da satisfação é uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento”.

Na especificidade da enfermagem, a satisfação do utente é um dos indicadores conducentes à excelência no exercício profissional, destacando-se como elementos importantes da satisfação dos clientes: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos, valorizando a individualidade de vida da pessoa; a procura constante da empatia nas interações e o estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento do processo de cuidados, envolvendo as pessoas significativas para a mesma; um dos objetivos principais desta estratégia visa, por exemplo, minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (OE, 2001).

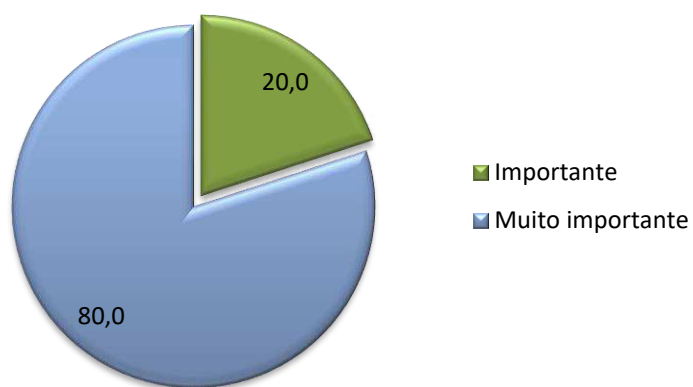
2 - SATISFAÇÃO DOS UTENTES ATENDIDOS PELOS ENFERMEIROS LSP

Decorrente do diagnóstico de enfermagem na comunidade de enfermeiros que desenvolvem as suas atividades na LSP, foi identificada a necessidade de avaliar a satisfação dos clientes que recorrem a este serviço de atendimento telefónico.

Assim e no sentido de contextualizar mais claramente a necessidade identificada pelos enfermeiros apresentamos os dados seguintes do diagnóstico de enfermagem efetuado.

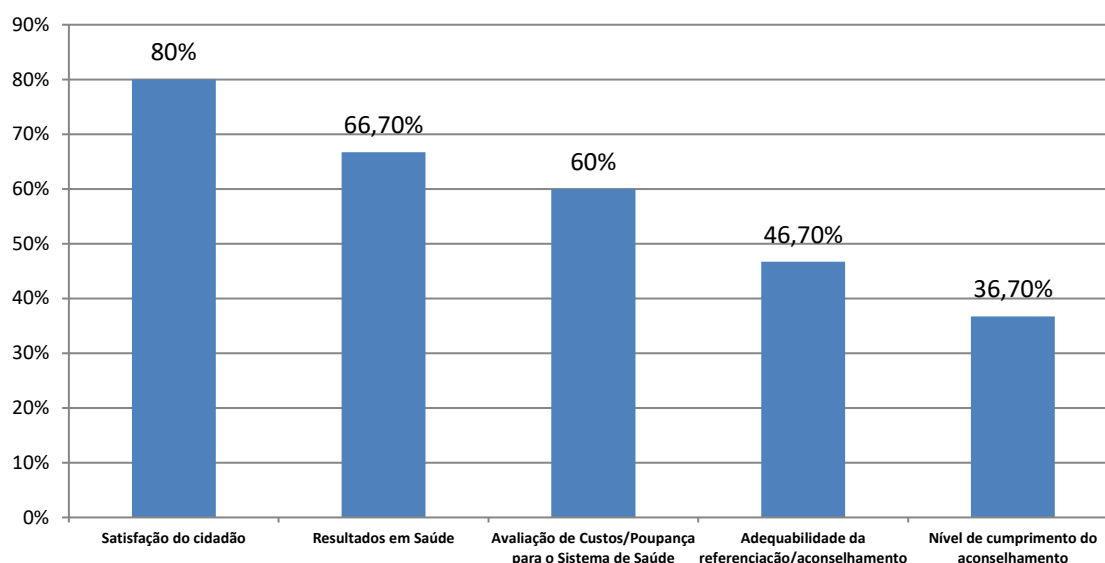
Do universo de 75 enfermeiros que constituíam a nossa população alvo, 30 destes responderam ao nosso questionário, sendo que a importância atribuída pelos enfermeiros à necessidade de *avaliar a satisfação dos clientes* com o serviço LSP foi considerada importante/muito importante por todos eles (Gráfico nº 1).

Gráfico nº 1 - Caracterização da perceção dos enfermeiros da LSP relativamente à necessidade de avaliação da satisfação da população atendida



Fonte: Diagnóstico de enfermagem 4º CPLEEC 2014

Gráfico nº 2 - Caracterização da percepção dos enfermeiros relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP



Fonte: Diagnóstico de enfermagem 4º CPLEEC 2014

No que concerne à percepção da população relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP os resultados revelaram uma elevada concordância dos inquiridos na indicação da medição da satisfação do cidadão (80%, 24 enfermeiros) o que é coerente com a elevada proporção de enfermeiros que num item referido anteriormente considerou muito importante/importante a realização da avaliação da satisfação da população. Para além da satisfação do cidadão, também a medição dos resultados em saúde (66,7%, 20 enfermeiros) e a avaliação dos custos/poupança para o sistema de saúde (60%, 18 enfermeiros) obtiveram mais de 50% de concordância dos inquiridos no que respeita à medição da intervenção da enfermagem. As outras opções referiam-se à adequabilidade de referenciação/aconselhamento e nível de cumprimentos do aconselhamento.

Assim pela congruência encontrada nos dados apresentados no que se refere à importância atribuída à necessidade de avaliar a satisfação dos utentes face à intervenção desenvolvida na LSP, propomos o desenvolvimento deste projeto de intervenção no sentido de ir ao encontro desta necessidade sentida pelos enfermeiros da LSP.

2.1 – PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO DE ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES – LSP

Como instrumento de avaliação da satisfação dos utentes que recorrem ao atendimento telefónico da LSP, propomos a utilização do questionário SUCECS₂₆ (Anexo 1) (Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde) adaptado para esta realidade específica.

Este questionário foi construído e validado para a população portuguesa por Ribeiro (2003), no âmbito do concurso de provas públicas para Professor Coordenador de uma escola Superior de Enfermagem, tendo já sido utilizado noutros estudos em Portugal.

É composto por seis dimensões: “*Qualidade na assistência*”, “*Individualização da informação*”, “*Envolvimento do utente*”, “*Informação dos recursos*”, “*Formalização da informação*” e “*Promoção de elo de ligação*” e vinte e seis critérios/ questões medidos através de escala tipo Likert com quatro opções com pontuação de zero a três (zero correspondente a “Não se aplica/ Sem opinião”; um correspondente a “Nunca/Insatisfeito”, dois a “Às vezes/Nem satisfeito, nem insatisfeito” e a pontuação de três correspondente a “Sempre/Satisfeito”), os quais especificamos pormenorizadamente no quadro nº 1.

Quadro nº 1 - Dimensões da escala SUCECS₂₆ e itens avaliados em cada uma delas

Dimensão	Avaliação
Qualidade na assistência	Modos como os enfermeiros se relacionam com os utentes, quando estes ocorrem ao centro de saúde. Atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem: a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 11, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31 e 32.
Individualização da informação	Modos como os indivíduos percecionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Comportamento adotado pelo enfermeiro na transmissão de informação; modos como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 1, 2, 6, 7, 8 e 10
Envolvimento do utente	Ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade para com ela, considerando a sua opinião na conceção dos cuidados e mostrando ao utente que conhece bem a sua situação clínica. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 22, 28 e 29.

Quadro nº 1 (Cont.) - Dimensões da escala SUCECS₂₆ e itens avaliados em cada uma delas

Dimensão	Avaliação
Informação dos recursos	Importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição, e como pode utilizá-los, facilitando um melhor acesso aos cuidados de saúde. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 4, 5 e 12.
Formalização da informação	Ideia de que na atividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspetos mais formais da sua atividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma a que a participação dos utentes seja informada. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 9 e 13.
Promoção do elo de ligação	Preocupação de envolvimento da família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. A ideia geral é a de que, a ajuda e o apoio ao indivíduo não se esgotam no interior dos serviços de saúde. Esta dimensão encontra-se presente nas questões 3, 14 e 18.

Fonte: Adaptado de Ribeiro, 2003

Propomos a adequação das questões à realidade de atendimento telefónico da LSP e a inclusão de variáveis socio demográficas como: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e diversidade de consultas realizadas, sendo estas maioritariamente compostas por questões fechadas.

2.2 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A satisfação do cliente pode ser avaliada através de inquéritos ou questionários, entregues pessoalmente, por carta ou mail e ainda com recurso a focus grupo ou por entrevista telefónica. Sendo necessário o treino adequado de alguém não conectado diretamente ao serviço em questão no sentido da condução da colheita de dados, salvaguardando-se as não respostas por serem respondidas a alguém que prestou os cuidados (OMS, 2000). Porém se as entrevistas ou focus grupo tiverem que ser efetuadas por um membro da equipa, é benéfico que não seja o prestador direto de cuidados que o faça, pela relutância que o cliente poderá apresentar perante tal fato (OMS, 2000).

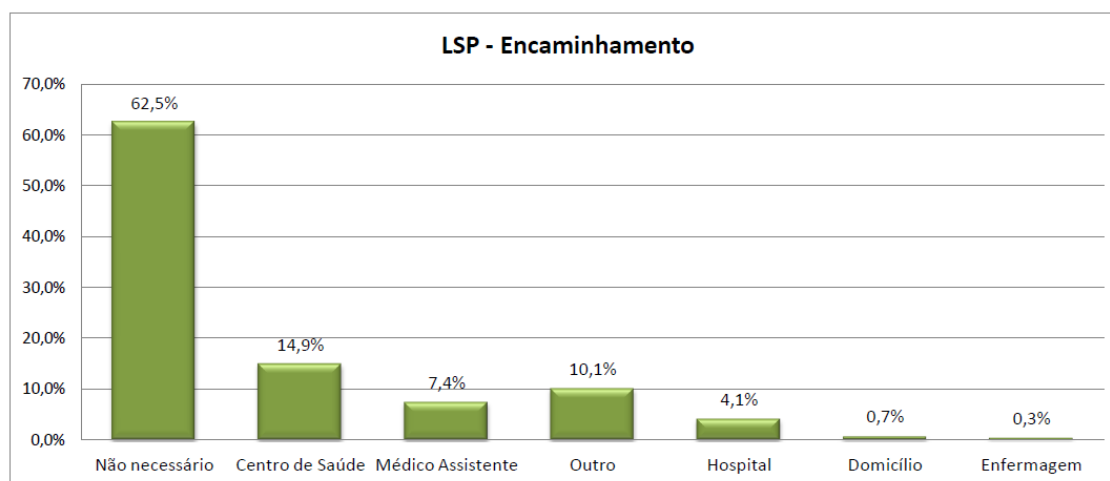
Assim e face às características da população atendida telefonicamente pelos enfermeiros da LSP, optamos por propor a colheita de dados por entrevista telefónica para aplicação do questionário SUCECS ²⁶ adaptado por nós.

Antes do processo de colheita de dados ser iniciado, solicitaremos autorização ao coordenador da unidade de apoio ao centro de atendimento do Serviço Nacional de Saúde, para desenvolvimento do projeto, assim como informaremos todos os enfermeiros da LSP do procedimento a desenvolver, com proposta de que sejam estes a aplicar telefonicamente o questionário aleatoriamente a utentes da LSP, ressaltando apenas a possibilidade de que enfermeiro que fez atendimento a determinado utente não faça também o questionário telefónico a esse mesmo utente.

2.2.1 – Seleção de amostra de utentes para avaliação da satisfação

Os enfermeiros da LSP no ano 2013 efetuaram um total de 15.731 atendimentos, verificando-se que 37,5% dos contatos necessitaram de encaminhamento (15% das situações foram encaminhadas para centro de saúde, cerca de 7% para o médico assistente e apenas 4% para o hospital), sendo que 62,5% não necessitaram de qualquer encaminhamento denotando-se assim a importância deste tipo de atividade desenvolvida no sentido do aconselhamento mais adequado em questões de saúde, ajudando assim o cidadão a tomar decisões mais adequadas (Relatório LSP, 2014).

Gráfico nº 3 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013



Fonte: Relatório LSP, 2014

Assim e face à necessidade de avaliação da satisfação dos utentes atendidos, consideraremos uma amostra representativa dos utentes que necessitaram de encaminhamento (37,5 %) e uma amostra representativa dos que não necessitaram de encaminhamento (62,5%), restringindo-nos aos telefonemas de utentes a uma Região de Saúde do país (Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), por limitações de tempo face à consecução do estágio.

2.3 – QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas que ressaltamos neste projeto prendem-se com a participação voluntária no mesmo, a garantia do anonimato e confidencialidade das declarações dos participantes e a necessária autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados: pedido de autorização para utilização do formulário de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – SUCECS₂₆, à autora.

3 – PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

Apresentamos sob a forma de quadro as atividades que planeamos desenvolver ao longo do estágio, tendo em conta os intervenientes na atividade, os recursos necessários, assim como os indicadores de avaliação das mesmas. A distribuição das atividades ao longo do tempo pode ainda ser observada no cronograma em anexo (Anexo 2).

Quadro nº 2 – Plano de atividades a desenvolver no Estágio

O quê (atividades)	Indicadores de Avaliação	Quem (intervenientes)	Como (recursos materiais, estratégias)	Onde	Quando
Apresentação do projeto de estágio	Nível de compreensibilidade e discussão do projeto apresentado	Coordenador da linha e enfermeiro cooperante do estágio; Marta Rosa	Método expositivo/interativo	ESSS DGS	2ª Semana
Preparação do formulário de avaliação da satisfação (pedido de autorização para adaptação e utilização à autora)	Resposta positiva face ao solicitado	Marta Rosa	Entrevista Email	DGS	3ª e 4ª Semanas
Aplicação de pré teste do formulário	Nível de compreensibilidade do formulário	Marta Rosa e enfermeiros sentinela	Enfermeiros sentinela procedem à aplicação de pré-teste	DGS	4ª e 5ª Semanas
Reunião com enfermeiros da LSP e definição dos participantes no estudo	Nível de compreensibilidade do projeto N° de enfermeiros que aceitam participar no estudo	Coordenador da linha e enfermeiro cooperante do estágio; Marta Rosa	Método expositivo/interativo	A determinar	5ª Semana
Definição e caracterização da amostra de utentes a avaliar	Cumprimento das regras de amostragem	Marta Rosa	Estatística	DGS	6ª Semana

Quadro nº 2 – Plano de atividades a desenvolver no Estágio

O quê (atividades)	Indicadores de Avaliação	Quem (intervenientes)	Como (recursos materiais, estratégias)	Onde	Quando
Aplicação do formulário pelos enfermeiros selecionados	Nº de utentes envolvidos e taxa de recusas	Marta Rosa e enfermeiros participantes	Entrevista telefónica	—	7 ^a , 8 ^a , 9 ^a Semanas
Tratamento e análise de dados	Qualidade da informação obtida relativa aos indicadores de avaliação de satisfação	Marta Rosa	SPSS	DGS	9 ^a e 10 ^a Semana
Divulgação dos resultados aos enfermeiros da LSP	Contributo dos resultados para a validação do instrumento utilizado Validação das áreas de maior fragilidade na avaliação da satisfação	Coordenador da linha e enfermeiro cooperante do estágio; Marta Rosa e enfermeiros participantes	Reunião e e-mail	A determinar	11 ^a e 12 ^a Semanas
Desenvolvimento de um programa de intervenção face aos resultados obtidos	Aumento nível de competências contributivas da satisfação dos utentes (avaliação inicial e final nas sessões)	Marta Rosa e enfermeiros participantes	Sessões interativas e-fórum	A determinar	13 ^a , 14 ^a , 15 ^a Semanas
Avaliação das competências adquiridas promotoras de maior satisfação dos utentes	Indicadores de avaliação de processo e resultado a definir	Marta Rosa e enfermeiros participantes	Instrumentos de avaliação a definir posteriormente	A determinar	16 ^a , 17 ^a , 18 ^a Semanas
Realização de momentos informais de reflexão e partilha de experiências entre colegas; Realização de pesquisa bibliográfica; Reunião com as professoras Orientadoras Elaboração e discussão do relatório de estágio	Avaliação de todos os indicadores de desenvolvimento do projeto	Marta Rosa	Reuniões em equipa Reuniões de orientação	DGS ESSS	Ao longo estágio

4 – NOTA CONCLUSIVA

Sendo um indicador de qualidade dos serviços a satisfação dos utentes deve ser norteadora da conduta dos enfermeiros, pois só com a satisfação destes poderá existir uma elevada qualidade nos cuidados de enfermagem.

Com este projeto de intervenção pretendemos perceber a satisfação dos utentes atendidos pelos enfermeiros da LSP, no sentido de colmatar uma necessidade destes face ao seu desenvolvimento de atividades.

O nosso percurso em termos de intervenção passará numa primeira fase pela perceção da satisfação dos utentes, apresentação desses dados aos enfermeiros e posterior intervenção junto dos mesmos face aos resultados encontrados, com objetivo major de elevar a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biscaia, A. R. [et al.] (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora

Donabedian, A (1998). *The seven pillars of quality*. Arch. Pathol. Med., 114: p. 1115-1118

Imperatori, E. (1999). *Mais 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Edinova: Lisboa

Mcintyre, Teresa [et al.] (2002). *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: avaliação e divulgação*. Porto: CCR-N

OMS – Organizzazione Mondiale della Salute (1988). *Qualità dei servizi sanitari*. Quaderni di sanità pubblica, 57, 4-36

OMS (2000). *Workbook 6 – Client Satisfaction Evaluations*.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ribeiro, A. (2008). *Percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem*. *Ordem dos Enfermeiros*, 16 (Março), 53-60.

Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto, Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem

ANEXOS

**ANEXO 1 – Questionário SUCECS₂₆ - Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes
com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde)**

ANEXO 2 – Cronograma de atividades a desenvolver ao longo do Estágio

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

MÊS	fevereiro			abril			maio				junho				julho			
SEMANAS Dias/ Atividades	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Apresentação do projeto de estágio																		
Pesquisa bibliográfica																		
Preparação do formulário de avaliação da satisfação (pedido de autorização para adaptação e utilização à autora)																		
Aplicação de pré teste do formulário																		
Reunião com enfermeiros da LSP e definição dos participantes no estudo																		
Definição e caracterização da amostra de utentes a avaliar																		
Aplicação do formulário pelos enfermeiros selecionados																		
Tratamento e análise de dados																		
Divulgação dos resultados aos enfermeiros da LSP																		
Desenvolvimento de um programa de intervenção face aos resultados obtidos																		
Avaliação das competências adquiridas promotoras de maior satisfação dos utentes																		
Realização de momentos informais de reflexão e partilha de experiências entre colegas; Realização de pesquisa bibliográfica; Reunião com as professoras Orientadoras Elaboração e discussão do relatório de estágio																		

SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO SAÚDE 24

Questionário

Bom dia/Boa tarde Sr./Sra. [nome].

Ligou recentemente para o Serviço Saúde 24 e falou com um dos enfermeiros. Gostaríamos de ter a sua opinião para podermos melhorar no futuro os serviços do Saúde 24.

P.1 - Em que situação recorreu ao Saúde 24?

- Aconselhamento clínico para o próprio/ familiares
- Questões relacionadas com Saúde Pública
- Dúvidas sobre medicação
- Para obter uma informação genérica

P.2 - Quantas vezes já telefonou para o Saúde 24?

- 1 vez
- 2 a 3 vezes
- 3 a 5 vezes
- Mais de 5 vezes
- NS/NR

P.3 - Da última vez que telefonou, até que ponto ficou satisfeito/a com o tempo que levaram a atender a sua chamada?

LER ESCALA

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem muito nem pouco satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nada Satisfeito
- NS/NR

P.4 - Na sua opinião, até que ponto a pessoa que falou consigo ao telefone foi simpática e amável?

LER ESCALA

- Muito simpática/amável
- Bastante simpática/amável
- Nem muito nem pouco simpática/amável
- Pouco simpática/amável
- Nada simpática/amável
- NS/NR

P.5 - Na sua opinião, a avaliação/informação que lhe foi prestada pelo(a) enfermeiro(a) foi...?

LER RESPOSTAS

- Demasiado longa
- Demorou o tempo certo
- Demasiado curta
- Não sabe

P.6 - Até que ponto a informação que lhe foi dada ao telefone pelo(a) enfermeiro(a) foi fácil de compreender?

LER RESPOSTAS

- Muito fácil de compreender
- Fácil de compreender
- Nem fácil nem difícil de compreender
- Difícil de compreender
- Muito difícil de compreender
- NS/NR

P.7 - E até que ponto os conselhos que lhe foram dados ao telefone pelo(a) enfermeiro(a) foram úteis?

LER RESPOSTAS

- Muito úteis
- Úteis
- Nem muito nem pouco úteis
- Pouco úteis
- Nada úteis
- NS/NR

P.8a - Seguiu os conselhos que lhe foram dados ao telefone pelo(a) enfermeiro(a)?

LER RESPOSTAS

- Sim, seguiu todos os conselhos dados
- Sim, seguiu alguns dos conselhos dados
- Não seguiu nenhum dos conselhos (P.8b)

SE NÃO EM 8a

P.8b - Porque é que não seguiu os conselhos dados pelo(a) enfermeiro(a)?

- Não concordei com os conselhos
- Não compreendi os conselhos
- Não consegui seguir os conselhos
- Consultei outro serviço de saúde
- Outra razão (ESPECIFICAR A RAZÃO): _____

PROBE - Mais alguma razão?

A TODOS

P. 9a - O que é que fez depois de ter ligado para o Saúde 24?

ESPONTÂNEO

- Foi imediatamente ao hospital
- Consultou um médico de imediato
- Marcou uma consulta num médico/ centro de saúde
- Consultou um dentista
- Telefonou para outro serviço de saúde
- Pediu conselho a um familiar ou amigo

- Tratou do problema por si próprio, de acordo com as indicações dadas pelo Enfermeiro (P. 9b)

- Não fez nada

- Outra (ESPECIFICAR O QUÊ): _____

- NS/NR

P.9b - Depois de ter falado combinaram que lhe telefonariam de volta?

- Sim (P.9c)

- Não (P.10a)

PARA TODOS QUE COMBINARAM TELEFONAR DE VOLTA

P.9c - Antes de ter telefonado para o Saúde 24 sabia que telefonavam de volta aos utentes?

- Sim

- Não

P.9d - Disseram-lhe quanto tempo iriam demorar até lhe telefonarem de volta?

- Sim (P. 9e)

- Não (P.10a)

P.9e - Telefonaram-lhe dentro do tempo que lhe disseram?

- Sim

- Não

- NS/NR

P.10 - Até que ponto voltaria a ligar para o Saúde 24?

LER RESPOSTAS

- Ligaria de certeza
- Provavelmente ligaria
- Poderia ou não ligar
- Provavelmente não ligaria
- Não ligaria de certeza
- NS/NR

P.11 - E até que ponto recomendaria o Saúde 24 a familiares ou amigos?

LER RESPOSTAS

- Recomendaria de certeza
- Provavelmente recomendaria
- Poderia ou não recomendar
- Provavelmente não recomendaria
- Não recomendaria de certeza
- NS/NR

P.12 - Em termos globais até que ponto ficou satisfeito com o serviço prestado pelo Saúde 24?

LER RESPOSTAS

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem muito nem pouco satisfeito

- Pouco satisfeito
- Nada satisfeito
- NS/NR

P13 - Na sua opinião quais os aspectos/áreas do serviço Saúde 24 que deveriam ser melhorados?

PROBE - Mais algum?

- Mais publicidade ao serviço
- Fazerem marcação de consultas
- Melhorarem a resposta/ a forma de tratar as chamadas urgentes
- Outros (ESPECIFICAR MELHORAMENTOS): _____
- NS/NR

P. 14 - Até que ponto conseguiu ouvir de uma forma clara a informação que lhe foi prestada por telefone?

- Ouviu de uma forma muito clara
- Ouviu com algum ruído de fundo
- Ouviu com muitas interferências/ruídos de fundo
- Não conseguiu ouvir de uma forma clara

Dados de classificação do entrevistado

FACULTATIVO

Profissão

Habilitações Literárias

Classe Social

- AB
- C1
- C2
- D
- Recusa

Exmo Sr.
Coordenador da LSP
Enfermeiro Sérgio Gomes

Marta Maria Gonçalves Rosa, estudante do 4º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, vem por este meio solicitar a V. Exa., no âmbito do desenvolvimento do Estágio II deste curso, no serviço da LSP, que se digne autorizar a utilização neste âmbito do instrumento de colheita de dados, já validado e utilizado no âmbito de estudos anteriores de satisfação dos utentes da LSP

Com os melhores cumprimentos,

Marta Maria Gonçalves Rosa

Contacto:

Tlm: 962989700

Endereço Electrónico: martabma@hotmail.com

Exmº Senhor
Dr. Luís António Castanheira Nunes
Presidente do Conselho Directivo
Administração Regional de Saúde Norte, IP
Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

Sua referência Sua comunicação de Nossa referência Data
DGS/DIR/LSP

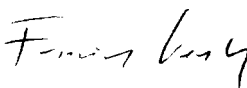
ASSUNTO: Alteração de data da formação Linha Saúde Pública

Com a obtenção do visto prévio do Tribunal de Contas, e no âmbito do plano de transferência do Saúde 24 para o novo Operador, os enfermeiros da Linha Saúde Pública vão receber novo equipamento para atendimento telefónico pelo que a formação prevista será alterada para 22 e 23 de maio de 2014.

Esta reunião de trabalho inclui os seguintes assuntos: *"Qualidade no atendimento telefónico, Inquérito Infofamília (DGS), Saúde do viajante (atualização), Programa Saúde Infantil, Contraceção de emergência e Enfermeiros sentinela"*, conforme anexo para a equipa da ARS:

Adélia Maria Neno Vilares Freitas	CS Celorico Basto/UCC Mãos Amigas	ACES Tâmega I - Baixo Tâmega
Albino dos Santos Pires Alonso	CS Miranda do Douro	ULS Nordeste- Bragança
Ana Maria Figueiredo Silva Dias	UCC Terras de Camilo/Famalicão	ACES Ave - Famalicão
Ana Paula Lira Gonçalves	CS Melgaço/UCC Melgaço	ULS Alto Minho
Áurea Maria Figueiredo Jorge	Conselho Clínico e de Saúde	ACES Grande Porto III - Maia/Valongo
Dulce Maria Alves Magalhães Silva e Sousa	Conselho Clínico e de Saúde	ACES Grande Porto VIII - Espinho/Gaia
Lilian Matos Guimarães	USF Terras Ave	ACES Ave - Famalicão
Margarida Clara Rodrigues Mota Vieira	U Saúde Publica/Departamento Saúde Publica	ACES Grande Porto V - Porto Occidental
Maria da Conceição de Oliveira Dias Novais de Freitas	UCSP Foz do Douro	ACES Grande Porto V - Porto Occidental
Maria Helena Fernandes Devezas	U.S.P. Boa Nova - Valadares	ACES Grande Porto VIII - Espinho/Gaia
Maria José Pereira de Sá	U.S.P. Boa Nova - Valadares	ACES Grande Porto VIII - Espinho/Gaia
Maria Lurdes Fonseca Loureiro	CS Peso Régua/UCC Douro	ACES Douro I - Marão e Douro Norte
Maria Margarida Rua Duarte da Silva	CS Oliveira Azeméis	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Sílvia Maria Dinis Barbosa	UCC Inovar	ACES Grande Porto II - Gondomar

Melhores cumprimentos


Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

FORMAÇÃO
AGENTES DE LINHA

22 e 23 de Maio de 2014

Metodologias de avaliação da qualidade do atendimento telefónico

Temáticas do módulo	Qualidade no atendimento telefónico, Inquérito Infofamília (DGS), Saúde do viajante (atualização), Programa Saúde Infantil, Contraceção de emergência e Enfermeiros sentinela
----------------------------	---

Objectivos da Formação:

Capacitar os agentes de linha com estratégias proactivas e conhecimentos para melhor responderem às necessidades do cidadão
Coligir informação que os capacite a otimizar a sua intervenção no atendimento telefónico face aos problemas de saúde pública.

Dia **22 de maio** - 5ª. Feira
(Sala de Aula 0.32/0.33 (R/C) do polo Artur Ravara - **ESELisboa**)

Dia **23 de maio** - 6ª. Feira
(Sala de Aula 0.32/0.33 (R/C) do polo Artur Ravara - **ESELisboa**)

09.30 h	Entrega de Pastas e Documentação <u>Atividade LSP - 2013</u> Enfº. Sérgio Gomes (Coordenador Nacional LSP)		
09.30 h /	- Resultados da atividade em 2013	09.00h /	<u>Inquérito Infofamília (DGS)</u> Prof. Paulo Nogueira (Diretor dos Serviços de Inf e Análise)
10.30 h	- Resultados do questionário no âmbito do estágio de Especialização em Enfermagem Comunitária Intervalo	10.30h /	Dr. Pedro Graça (Diretor do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável)
11.00 h /	<u>Avaliação da satisfação dos utentes da LSP</u> Enf.ª Marta Rosa (Docente da ESSSantarém)	11.00h	Dra. Cristina Santos (Chefe de Equipa da UESP) - Apresentação dos resultados do "infofamília" - Medidas futuras
12.00 h	- Avaliação da satisfação dos utentes LSP <u>Contraceção de emergência</u>	10.30h /	<u>Enfermeiros Sentinela</u> Enfº Sérgio Gomes (DGS)
12.00 h /	Dra. Lisa Vicente (Chefe de Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil - DGS)	11.00h	- Enquadramento do projeto Intervalo
13.00 h	- O que sabe a população? Almoço	11.30h /	<u>Indicadores de monitorização das intervenções LSP</u>
14.30h /	<u>Saúde do viajante</u> Dra. Etelvina Calé (DGS)	13.00h	Enf.ª Anabela Coelho (Chefe da Divisão de Gestão da Qualidade) - Indicadores de qualidade do atendimento LSP
15.30h	- Atualização sobre saúde do viajante Intervalo	14.30h /	Almoço <u>Programa da Saúde infantil e Juvenil</u>
	<u>Fontes de informação</u> Enf.ª Andreia Silva (Diretora do Serviço de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde - DGS)	16.00h	Enf.ª Bárbara Menezes (Coordenadora PNSI - DGS) - Dinâmica estrutural do programa
16.00 h /	- As fontes de informação da DGS	16.30h /	Intervalo <u>Motivos de atendimento da LSP</u>
17.30 h	- Diagnóstico das necessidades de formação LSP	17.30h	Enfº Sérgio Gomes (Coordenador Nacional LSP) - Clarificação dos motivos de atendimento na LSP
Jantar			

Formadores

Enf.ª Anabela Coelho (DGS)	Dra Lisa Vicente (DGS)
Enf.ª Andreia Silva (DGS)	Enf.ª Marta Rosa (ESSSantarém)
Enf.ª Bárbara Menezes (DGS)	Prof Paulo Nogueira (DGS)
Dra Cristina Santos (DGS)	Dr Pedro Graça (DGS)
Dra Etelvina Calé (DGS)	

Quadro nº1 – Cruzamento das palavras-chave e resultados de pesquisa por base de dados

Bases de dados Palavras chave/Conjugações	CINAHL Plus with Full Text	MEDLINE with Full Text	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Database of Abstracts of Reviews of Effects	Nursing and Allied Health Collection: Basic	Cochrane Central Register of Controlled Trials	Library, Information Science & Technology	Cochrane Central Register of Controlled Trials	Todas as bases
Nursing	225326	152300	94775	–	38991	5878	–	–	521100
Instruments	21024	33511	10461	–	3857	–	1893	–	73709
Dissemination	3099	24090	1771	23257	–	–	1734	–	55553
Information	162862	424058	74739	–	18650	–	139610	–	841164
Nursing and instruments	2493	2095	3015	–	1954	–	–	92	9772
Nursing and dissemination	424	1143	352	599	149	–	–	–	2734
Nursing and information	19810	14999	16144	–	7876	–	606	–	60455
Instruments and dissemination	52	129	24	71	–	–	26	–	324
Instruments and Information	1884	3333	2838	–	1293	–	1012	–	10760
Dissemination and Information	852	9587	490	1501	–	–	1477	–	14437
Nursing and Instruments and Dissemination and Information	5	4	4	2	1	–	–	–	14

ANÁLISE DOS ARTIGOS

“Using the diffusion of innovation model to Influence practice, a case study”

<i>Estudo</i>	Pearcey P & Draper (1996). Using the diffusion of innovation model to Influence practice, a case study. <i>Journal of Advanced Nursmg</i> 23, 714-721	
<i>Participantes</i>	9 Enfermeiras de um serviço de cirurgia e estudantes de enfermagem que estivessem no momento do estudo e todos os doentes	
<i>Objetivo</i>	Facilitar a adoção da mudança baseada na pesquisa através da abordagem investigação-ação; Desenvolver protocolo pré operatório de informação a veicular aos utentes;	
<i>Intervenções</i>	Entrevistas semi-estruturadas e discussões informais com vários membros da equipa, observação – notas de campo, estruturadas segundo o modelo de decisão e inovação de Rogers. Desenvolvidos com os enfermeiros os passos delineados por Rogers no modelo de decisão e inovação - Conhecimento, Persuasão, decisão, implementação e confirmação, no sentido da necessidade de ser delineado um protocolo pré operatório relacionado com a informação a veicular aos utentes, considerado isto como a inovação a divulgar. Considerado necessidade por todos os enfermeiros, todos foram envolvidos no processo.	
<i>Resultados</i>	A estrutura deste modelo fornece uma estrutura útil para a aplicação no terreno de uma prática baseada em pesquisa, numa perspetiva de facilitação da mudança face a uma inovação. Proporciona num formato simples, uma forma de concentrar um esforço comum na consecução de um objetivo – mudança na prática clínica face à inovação a implementar.	
<i>Nº de Artigo – 3</i>	<i>Nível de Evidência – VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Qualitativo</i>

<p>OLDER PEOPLE</p> <p style="text-align: right;">doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01463.x</p> <p>The experience of caring for someone over 75 years of age: results from a Scottish General Practice population</p> <p>Alison Jarvis MPhil, RGN, Dip DN Lecturer/Practitioner, Nursing Studies, University of Edinburgh and Lothian Primary and Community Division, Edinburgh, UK</p> <p>Allison Worth PhD, RGN, RSM, RHV Reader in Cancer Care, Cancer Care Research Centre, University of Stirling, Stirling, UK</p> <p>Mike Porter MPhil Senior Lecturer, Division of Community Health Sciences, General Practice Section, University of Edinburgh, Edinburgh, UK</p> <p>Submitted for publication: 12 May 2005 Accepted for publication: 8 September 2005</p>	
<p>Correspondence: Alison Jarvis Nursing Studies School of Health & Social Science Medical School Teviot Place Edinburgh EH8 9AG UK Telephone: +44 (0)131 630 3883 Email: alison.jarvis@ed.ac.uk</p>	<p>JARVIS A, WORTH A & PORTER M (2006) <i>Journal of Clinical Nursing</i> 15, 1450–1459</p> <p>The experience of caring for someone over 75 years of age: results from a Scottish General Practice population</p> <p>Aims and objectives. To understand the unpaid carers' experiences of looking after someone aged over 75 at all stages of their caring career.</p> <p>Background. The role of, and support for, unpaid carers have become central in the debates surrounding community care in the UK. This paper presents the findings of a study to elicit the complexities of the caring role and inform the Primary Health Care Team to help support carers more effectively.</p> <p>Designs and methods. A quantitative research design was employed. Carers of people over 75 years of age in a General Practice, who had been previously identified from a screening questionnaire, were sent the Carers Assessment of Difficulties Index, the Carers Assessment of Satisfaction Index and Carers Assessment of Managing Index questionnaires which examine the experience of caring.</p> <p>Results. From a sample of 247 carers, a 70% response rate (n = 172) was achieved. Satisfaction lay in the quality of care provided; difficulties reflected the potential and actual family tensions generated; coping strategies included reframing difficulties, using humour and practical problem solving. The data show that caregivers' reactions, such as feeling angry about the situation, or the consequences of their involvement, such as tensions within the family, cause them more difficulties than the actual care-giving tasks they perform.</p> <p>Conclusion. This study adds to the understanding of carers' roles by including carers across a range of situations, including those at an early stage of their caring career. Service providers are better able to support carers if they understand the complex interplay of difficulties, rewards and personal coping strategies associated with the caring role.</p> <p>Relevance to practice. The study helps illuminate the less obvious, but important, emotional aspects of carers' difficulties and suggest strategies which service providers may find helpful in assessing carers' needs and determining the appropriate interventions.</p>
1450	© 2006 Blackwell Publishing Ltd

“Strategies to explore innovation in nursing practice”

<i>Estudo</i>	Price B. (2006). Strategies to explore innovation in nursing practice. <i>Nursing Standard</i> . 21, 9, 48-55. Date of acceptance: March 19 2006	
<i>Participantes</i>	-----	
<i>Objetivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar o que constitui inovação no praticar contexto. • Identificar as circunstâncias e as necessidades que o envolvem a inovação. • Explorar o papel da criatividade na prática inovação. • Identificar as abordagens que os inovadores podem usar para transformar a prática. • Discutir criticamente porque é que a divulgação constitui uma parte importante da inovação prática. 	
<i>Intervenções</i>	Revisão bibliográfica e reflexão acerca da importância das práticas inovadoras e da sua divulgação em contexto da prática clínica.	
<i>Resultados</i>	<p>A capacidade de inovar pode aumentar as oportunidades para o avanço elevar a formas mais interessantes e eficazes de trabalhar; Os utentes e comunidade em geral têm que ser entendidos pelos enfermeiros como adjuvantes no processo de divulgação da inovação pois a avaliação no campo da saúde baseia-se na satisfação do utente;</p> <p>A identificação dos fatores que surgem associados à mudança face à inovação proposta são essenciais para o sucesso da sua implementação; No início do processo é necessário dar tempo aos atores para que explorem a ideia e se identifiquem com ela, sendo posteriormente necessário o estabelecimento de estratégias eficazes para que a mudança ocorra e possa ser disseminada com sucesso;</p>	
<i>Nº de Artigo – 5</i>	<i>Nível de Evidência – VII</i>	<i>Tipo de Estudo – ---</i>

Page 58
Practice innovation multiple choice questionnaire

Page 59
Read Nicola Fox's practice profile on bathing a patient

Page 60
Guidelines on how to write a practice profile

Strategies to explore innovation in nursing practice

NS367 Price B (2006) Strategies to explore innovation in nursing practice. *Nursing Standard*. 21, 9, 48-55. Date of acceptance: March 19 2006.

Summary

This article examines different types of innovation and explores how they can be applied to health care. It provides information on strategies that can be used by nurses to incorporate innovation in their practice.

Author

Bob Price is programme director, MSc in advancing healthcare practice, RCN Institute, and an education writer and researcher. Email: bob.price@rcn.org.uk

Keywords

Evidence-based practice; Practice development; Practice innovation

These keywords are based on the subject headings from the British Nursing Index. This article has been subject to double-blind review. For related articles and author guidelines visit our online archive at www.nursing-standard.co.uk and search using the keywords.

Aims and intended learning outcomes

There has never been a greater demand for innovation in practice. This is driven by a number of factors, including the diversity of patient demand, the need to efficiently allocate limited resources, efforts to reduce unnecessary healthcare bureaucracy and the need to discover ways of working that are accessible, timely and practical to others (Faugier and Woolnough 2002, Kinrade 2003).

Innovators are prized practitioners who win awards, for example, *Nursing Standard's* Nurse of the Year. They bring additional skills and expertise to the healthcare team and enhance its reputation (Sadler 2004). The ability to innovate may increase opportunities for advancement and lead to more interesting and effective ways of working. Before nurses can begin to innovate it is

necessary to characterise what practice innovation involves (May 2005, Ohlsen *et al* 2005, Wall *et al* 2005, Webb 2005).

It is also important to recognise that the term practice describes a diverse range of work. The clinician, manager and educator are all involved in forms of practice that contribute to health care. Innovative practice may already be happening and may not be publicised. The aim of this article is to help the reader identify practice innovation or opportunities.

After reading this article you should be able to:

- Characterise what constitutes innovation in the practice context.
- Identify circumstances and needs that prompt innovation.
- Explore the role of creativity in practice innovation.
- Identify approaches that innovators might use to transform practice.
- Critically discuss why dissemination constitutes an important part of practice innovation.

Introduction

Most nurses will have views and ideas about what is innovative. Words such as new, different, effective, attractive, lively and stimulating might come to mind when describing a product or an area of practice. Reflection on what innovation is might add some other words, such as timely, to the list. The innovative practice, product or solution is often colloquially described as 'just right', indicating approval for something that is welcomed by the majority and which seems practical in the current context.



CONGRESSO NACIONAL *de* **SAÚDE PÚBLICA**

2 e 3 DE OUTUBRO DE 2014 | FÓRUM LISBOA

CERTIFICADO

A comissão Organizadora certifica que foi apresentado no IV Congresso Nacional de Saúde Pública, que teve lugar no Fórum Lisboa nos dias 2 e 3 de outubro de 2014,

“Diagnóstico de Situação dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública”,
com os seguintes autores: Andreia Costa, Anabela Coelho, Marta Rosa, Isabel Barroso,
Sérgio Gomes e Paulo Nogueira.

A Comissão Organizadora

Conselho Nacional de Autoridades de Saúde, Departamento Universitário de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Direção-Geral da Saúde, Direção Regional da Saúde da RA Açores, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto de Administração da Saúde da RA Madeira, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.



Secção Regional do Sul

Encontro das Unidades de Saúde Pública – 29 abril 2015

Programa

9h30 – Sessão de Abertura

Alexandre Tomás, Presidente do Conselho Diretivo Regional da SRSul-OE
Piedade Pinto, Presidente Conselho de Enfermagem Regional da SRSul-OE

9h45 – Apresentação de atividades do grupo de acompanhamento dos CSP

Miriam Almeida, Vogal do Conselho Diretivo Regional da SRSul-OE
Maria Júlia Matos, Grupo de acompanhamento dos CSP

10h00 – Cidadania em Saúde

Moderador: Manuela Banza

CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES: CAPACITAÇÃO DE UM GRUPO DE PROMOTORES DE SAÚDE
Ana Margarida Murteiro, Mestrado em Enfermagem Comunitária – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LANCHEIRA SORRISO EM MOVIMENTO, UM CAMINHO PARA A LITERACIA EM SAÚDE
Jorge Rosário ULS Baixo Alentejo USP

10h45 – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde

Moderador: Carla Silva

PARENTALIDADE APOIADA
Ana Maria Resende, Mestrado em Enfermagem Comunitária – ICS/Universidade Católica Portuguesa

GESTÃO INTEGRADA DA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
Otília Mestre, ACES Central Algarve - USP

11h30 – Coffee-Break

11:45 – Qualidade em Saúde

Moderador: Olga Moreira

SATISFAÇÃO FACE AO ATENDIMENTO NA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA – DGS
Marta Rosa, Pós Licenciatura em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde Santarém

PROJETO *Piercing*
Isabel Correia, ACES Ocidental e Oeiras.- USP

12h30 – Políticas Saudáveis

Moderador: Helena Raquel Olhicas

AMADURECER EM SAÚDE – ENVELHECIMENTO ATIVO

Manuela Banza, Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde de Beja

PREVENIR PARA NÃO CAIR – PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICILIO

Maria Duarte Alexandre, ULS Litoral Alentejano - USP

13h15 – Almoço

14h30 – Apresentação da caracterização das USP da SRSul

15h-17h – Debate “A relevância da USP na reconfiguração dos Cuidados Saúde Primários”:

Alexandre Tomás – Presidente do Conselho Diretivo Regional SRSul-OE

Mário Durval - Vogal do Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos

Lina Guarda - USP ACES Arco Ribeirinho

Maria do Céu Ameixinha- Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

Corália Loureiro - Vereadora da Câmara Municipal do Seixal

17h30 – Encerramento